UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1941 N° 2

Contribution à l'Etude des Kystes Hydatiques des Muscles

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 15 Février 1941

par

MUNARET ANTOINETTE JEANNE, NÉE LEVISTRE

Née le 24 Juillet 1902 à DUVIVIER (Constantine)

JURY

MM. COSTANTINI, *Professeur de Clinique chirurgicale* — Président

CABANES, *Professeur de Clinique gynécologique*

FERRARI, *Agrégé* (Chirurgie)..... — Juges

CURTILLET, *Agrégé* (Chirurgie).....

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet ALGER Nord-Africaine

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1941 N° 2

Contribution à l'Etude des Kystes Hydatiques des Muscles

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 15 Février 1941

par

MUNARET ANTOINETTE JEANNE, NÉE LEVISTRE

Née le 24 Juillet 1902 à DUVIVIER (Constantine)

JURY

MM. COSTANTINI, *Professeur de Clinique chirurgicale* — Président

CABANES, *Professeur de Clinique gynécologique* — Juges

FERRARI, *Agrégé* (Chirurgie) — Juges

CURTILLET, *Agrégé* (Chirurgie) — Juges

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet ALGER Nord-Africaine

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. GILLOT (I. ✪).
Doyen honoraire	LEBLANC (✻, ⚷, I. ✪).
Assesseur	CABANES (✻, ⚷, I. ✪).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Histologie et Embryologie	BENOIT (I. ✪).
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ⚷, I. ✪).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ✪, ❁, O. ✻).
Chimie biologique et médicale	GIBERTON (✻, A. ✪).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ✪).
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ⚷, I. ✪).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ✪).
Pharmacie	MUSSO (✻, I. ✪).
Bactériologie	PINOY (✻, I. ✪).
Clinique psychiâtrique	POROT (I. ✪).
Physique médicale	PORTES (✻, ⚷, I. ✪).
Clinique de maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ⚷, I. ✪).
Anatomie	DE RIBET (✻, ⚷, I. ✪).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✻, ⚷, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	TOULANT (✻, ⚷, I. ✪).
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ⚷, I. ✪).
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie	N...
Médecine légale	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✻, ⚷, I. ✪). — M. WEBER (✻, ⚷, I. ✪).
M. COURRIER (✻, ⚷, I. ✪). — LEBLANC (✻, ⚷, I. ✪).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (✻, ⚷, I. ✪), agrégé pérennisé (chargé de l'enseignement des élèves sages-femmes).

CHARGES DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N...

AGREGE LIBRE CHARGE D'UN COURS SANS LIMITE DE TEMPS

Chirurgie	M. FERRARI (✻, I. ✪).

AGREGES

Accouchements	MM. JAHIER.
Médecine	LACROIX (A. ✪).
	THIODET (⚷).
	SARROUY (✻, ⚷).
Histologie	KEHL.
Chirurgie	SABADINI (A. ✪).
	GOINARD.
	CURTILLET.
Anatomie pathologique	N...
Anatomie	N...
Chimie médicale	ETTORI (A. ✪).
Histoire naturelle pharmaceutique	ROQUES (A. ✪).
Physiologie	N...
Pharmacie	MONNET.

AGREGES LIBRES

Physiologie	MM. BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ✪).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Nous dédions cette thèse

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Sa joie aurait été grande, s'il avait pu assister à la soutenance de notre thèse.

A MON MARI

LE MÉDECIN-CAPITAINE J. MUNARET

Chirurgien de l'Hôpital Militaire de Sétif
Chevalier de l'Ordre de la Santé Publique

A MA FILLE CHANTAL

A MA MERE

A MES FRERES ET SŒURS

A MON ONCLE, JACQUES PAPI,

Ingénieur des Travaux Publics,
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON BEAU-PERE,

LE DOCTEUR H. MUNARET,

Médecin-Commandant du cadre de réserve,
Officier de la Légion d'honneur.

A MA BELLE-MERE ET A MON BEAU-FRERE

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Docteur BRUN

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Sadiki, de Tunis

(in memoriam)

Peu de temps avant sa mort, il eut l'obligeance de nous communiquer de très nombreuses observations inédites recueillies dans son Service.

A Monsieur le Docteur VERGOZ

Chirurgien des Hôpitaux

Je sais quelle part je vous dois dans la rédaction de ce travail, que vous m'avez inspiré et auquel vous avez bien voulu consacrer de très longs instants.

Veuillez croire, cher maître, à l'assurance de ma profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COSTANTINI

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Nous vous remercions de nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

C'est dans votre beau Service de la Clinique Chirurgicale que nous avons fait notre premier stage. Vous avez guidé nos premiers pas dans cette carrière difficile.

Votre vivant enseignement théorique et pratique est toujours présent à notre mémoire.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur E. CABANES

Professeur de Clinique Gynécologique

Vous avez été pour nous un maître bienveillant.

Nous vous devons ce que nous savons en Médecine Opératoire et en Gynécologie.

En toute déférence.

Monsieur le Professeur Agrégé FERRARI

Nous avons toujours fidèlement suivi vos leçons de Pathologie externe à la Faculté.

Nous vous remercions de l'enseignement que vous nous y avez donné.

En toute déférence.

Monsieur le Professeur Agrégé E. CURTILLET

Nous n'avons pas eu le plaisir de vous avoir comme maître.

Merci, pour la belle preuve d'amitié que vous nous apportez, en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

En toute déférence.

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTE ET DE L'HOPITAL

Contribution à l'Etude

des

Kystes Hydatiques des Muscles

CHAPITRE PREMIER

Historique

De nombreux travaux ont paru sur les Kystes hydatiques musculaires, et nous n'écrirons rien de nouveau à leur sujet. Pourtant, à l'occasion d'observations personnelles, nous avons cru pouvoir reprendre leur étude.

Des premiers travaux parus sur la question, il faut citer le rapport de FERNET à la Société Anatomique de 1865, les thèses de VILLARD et de BRASSART (1890 et 1877). Mais c'est la thèse de MARGUET (1888) qui fait date dans l'historique de cette question. C'est un travail fouillé, approfondi, dans lequel l'auteur rapporte 130 observations dont l'analyse minutieuse lui a permis d'établir avec précision les principaux chapitres de la question ; quoique déjà ancienne, nous l'avons lue avec intérêt et lui avons fait de nombreux emprunts.

A la suite de MARGUET paraissaient d'autres travaux parmi lesquels nous retenons surtout les thèses de GROS (1898), de BERTELE (1896) sur les kystes hydatiques des muscles de la face; de COLOMB (1903) sur les K.H. de la nuque; de PAUGAN sur les

K.H. du sterno-cléido-mastoïdien (1914) ; de LANNEY sur les K.H. de la masse sacro-lombaire (1923) ; de DUCOURNEAU (1936).

SALASC, interne des Hôpitaux d'Alger, présente pour le Prix Poisson un mémoire très documenté sur la question : certes, il en fait une revue générale, mais précise des points particuliers intéressants.

DEVÉ, dans les *Comptes Rendus de la Société de Biologie* de 1936, étudie le siège initial du K.H. dans le tissu musculaire et conclut en affirmant qu'il est inexact de soutenir que le kyste ait son siège dans le tissu conjonctif lâche intermusculaire.

Dans le *Journal de Chirurgie* de septembre 1938, GOINARD et SALASC font une courte revue de la question, résumé du mémoire de SALASC déjà signalé.

Enfin, dans un des derniers *Bulletins de l'Académie de Chirurgie de Paris* (15 novembre 1939), BRUN de Tunis rapporte 23 cas de K.H. musculaires et y joint des observations fort judicieuses sur la localisation de ces lésions [1].

---

1. Nous tenons à remercier M. le Docteur BRUN de nous avoir adressé ses observations pour la rédaction de notre travail.

CHAPITRE II

Etiologie - Pathogénie

Il serait faux de dire que la maladie hydatique atteint rarement le tissu musculaire : les observations ne manquent pas dans les pays infestés d'écchinococcose.

DEVÉ lui donne le troisième rang dans sa statistique :

Foie	74,9 %
Poumon	8,5 %
Muscles	5,7 %
Divers	10,9 %

Du reste, déjà MARGUET, dans sa thèse, en rapportait 130 observations.

HENERA, VEGA, et CROMWEL en 1901, sur 970 cas de K.H. rapportent 40 cas. RODRIGUEZ, VOLLEGAS, retrouvent 69 cas dans la littérature sud-américaine.

La statistique marocaine au Congrès d'Oran d'avril 1935 signale dans les zones de Fez et de Casablanca :

1°	Foie	73 cas
2°	Mésentère péritoine	28 cas
3°	Muscles	17 cas
4°	Poumon	12 cas
	etc... etc... [1].	

Goinard et Salasc rassemblent une trentaine de cas, et dans la statistique que nous avons faite à l'Hôpital civil de Constantine, dans le Service du Docteur Oulié, nous avons relevé, de janvier 1922 à novembre 1939, sur un total de 435 cas de K.H. :

Foie	302 cas
Poumons	33 —
Rate	31 —
Muscles	11 —
Reins	10 —
Os	3 —
Pancréas	2 —
Sous-maxillaire	1 —

Et Brun de dire : « La localisation musculaire des K.H. est très fréquente, nous avons pu en opérer, dans ces dix dernières années et dans le seul Service des femmes de l'Hôpital musulman de Tunis, 23 cas. »

---

1. Voir statistique dans *Algérie Médicale*, août 1935.

Malheureusement, tous les cas ne sont pas publiés et beaucoup de malades atteints de tumeur musculaire, surtout les indigènes, ou ne viennent pas à la consultation, ou refusent l'intervention.

C'est surtout par la voie sanguine que l'embryon hexacanthe, après avoir franchi les deux cribles porto-sus hépatique et pulmonaire, gagne le tissu musculaire, où des conditions anatomiques spéciales et des causes favorisantes le fixeront définitivement.

Les conditions anatomiques résident :

— dans le volume de la masse musculaire représentant les deux-cinquièmes de la masse totale du corps ;

— dans la richesse vasculaire des muscles, tissu le plus vasculaire de l'organisme après le tissu hépatique, et cette vascularisation sera d'autant plus intense que le muscle sera actif : le muscle qui travaille (Chauveau) possède un coefficient d'activité circulatoire beaucoup plus élevé qu'un muscle au repos; en pleine activité, il est traversé par une quantité de sang cinq fois plus considérable.

Par son système circulatoire, le muscle joue un véritable rôle d'appel, et la configuration de son réseau capillaire sera la cause déterminante de la fixation de l'embryon : ce réseau capillaire, comme l'a montré Ranvier, forme un treillis à mailles serrées, remarquable par l'extrême flexuosité de ses vais-

seaux et l'exiguïté de leur calibre; l'embryon arrivé aux limites de ce réseau capillaire est, dit MARGUET, engagé dans une véritable impasse : il ne peut que s'y fixer.

Plus d'un tiers des K.H. musculaires sont observés de 20 à 30 ans, à la période de la vie où le système musculaire est en plein rendement, fonctionne avec le plus d'énergie, avec le plus d'activité. « L'infestation hydatique est en rapport avec l'activité fonctionnelle des muscles » (MARGUET).

Parmi les causes favorisantes, le traumatisme jouerait pour certains un rôle prépondérant, il favorise la fixation de l'embryon, soit par les phénomènes de vaso-constriction qu'il entraîne, soit par les hématomes qu'il constitue.

MARGUET admet que le traumatisme crée deux phases successives de vaso-constriction et de vaso-dilatation : la première arrête l'embryon, la deuxième le place dans des conditions de fixation et de développement ; LANNEY, sur 26 cas, mentionne six observations où le traumatisme a été constaté, et pour lui cette relation de cause à effet serait encore plus fréquente si les observateurs n'avaient pas négligé de poser la question pour établir s'il n'y avait pas eu traumatisme et hématome. Le traumatisme joue son rôle d'agent localisateur en créant dans la masse musculaire un *locus minoris resistentiæ;* l'épanche-

ment sanguin rétrocède et disparaît à la faveur du développement hydatique.

Mais le kyste hydatique peut préexister au traumatisme : caché dans la profondeur de la masse musculaire il évolue à bas bruit, et c'est aussi l'opinion de Devé : la tumeur existait déjà lors du traumatisme; il ne faut pas omettre qu'un K.H. « atteint tout au plus au bout d'un an la taille d'une noisette, au bout de deux ans celle d'une noix, au bout de trois ans celle d'un œuf ou d'une mandarine », et la tumeur profondément située ne révèle pas encore sa présence. Le traumatisme l'a sortie de sa torpeur, la révèle en lui imprimant une impulsion, une éclosion plus vive dans son développement ; parfois, il aura été cause de sa dissémination ou de sa suppuration.

La pénétration par la voie lymphatique aurait été admise [1] (Delbanco), pénétration par les chylifères et le canal thoracique.

Peut-on admettre la possibilité d'une infestation directe du tissu musculaire à l'occasion d'une plaie?

Deux observations dans la littérature médicale : la première de Dor, parue dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie de Marseille* de 1935; l'autre,

1. *Deutsch Zeitscher*, 1903.

de Toole, dans les *Archives für Klinische Chir.* de 1935 ; relatent des kystes hydatiques de la région fessière consécutifs à une morsure de chien, et Jean Patel, citant ce dernier travail dans le *Journal de Chirurgie* de 1936, écrit : « Une observation curieuse, à la lecture de laquelle on est bien forcé d'admettre qu'il y a eu inoculation, le kyste s'étant développé *in situ*, là où la femme avait été mordue auparavant. »

Cette voie directe peut être retenue comme curiosité, la voie lymphatique comme exceptionnelle; seule doit être considérée comme classique la voie sanguine : le kyste hydatique du poumon serait aussi fréquent que ceux du foie si la voie lymphatique était régulièrement empruntée par l'embryon hexacanthe.

Chapitre III

Anatomie Pathologique

Le kyste H. affectionne certains groupes musculaires et le plus fréquemment atteints seraient dans l'ordre :

Les adducteurs ;
Le triceps crural ;
Les lombaires ;
Les fessiers ;
Le biceps et les pectoraux.

Voici du reste la statistique de Marguet :

A. — TETE....	Muscle	temporal	5
	—	masséter	1
B. — COU.	—	sterno-mastoïdien	3
C. — TRONC.	—	pectoraux	8
	—	intercostaux	2
	—	diaphragme	1
	—	de la paroi abdom.	5

C. — TRONC.	Muscle	trapèze	7
	—	scapulaires	3
	—	grand dorsal	1
	—	grand dentelé	2
	—	dorsaux	7
	—	lombaires	14
D. — MEMBRES SUPERIEURS			
Bras	—	deltoïde	7
	—	biceps	8
	—	brachial antérieur	1
	—	triceps brachial	2
Avant-bras	—	fléchisseurs	1
	—	long supinateur	1
E. — MEMBRES INFERIEURS			
Bassin	—	psoas-iliaque	2
	—	fessiers	9
Cuisse	—	couturier	1
	—	triceps crural — vaste int.	1
		triceps crural — droit ant.	7
		triceps crural — vaste ext.	3

Cuisse	Muscle	adducteurs	18
	—	biceps fémoral . . .	3
	—	non précisés	6
Jambe	—	triceps sural	1

Il y a donc, pour certains muscles, une prédilection marquée en concordance avec le volume du muscle et son activité fonctionnelle.

Le volume du kyste est des plus variable, certains à peine visibles à l'œil nu : MARGUET (obs. 83) après l'extirpation d'un kyste moyen enfoui au sein des fibres du droit antérieur, et du volume d'une olive, perçoit à l'exploration digitale, dans la profondeur de la plaie, de petits corps ronds qui sont réséqués avec la portion musculaire y attenant : les grains tumoraux, de la dimension d'une tête d'épingle, se révèlent des kystes à l'examen microscopique. D'autres de dimensions considérables : dans la masse sacro-lombaire des tumeurs de 30 cms de long sur 15 cms de large, allant de la pointe de l'omoplate au sacrum.

Dans la thèse de DUCOURNEAU, une observation de BOUSQUET signale une tumeur s'étendant du pli génito-crural jusqu'au condyle fémoral interne, le kyste contenant plus de 150 vésicules-filles dont les plus grosses atteignent le volume d'un œuf d'oie ; d'autres présentent la dimension d'une tête d'adulte,

d'une tête fœtale à terme : LANNEY cite un kyste de la masse sacro-lombaire allant de la 12e côte au sacrum; dans le travail de SALASC, une observation de BIANCARDINI : « Tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, légèrement allongée et parallèle à la ligne des apophyses épineuses. »

Dans l'observation VII (GOINARD) citée par SALASC la tumeur est volumineuse, elle mesure 30 cms de long sur 15 cms de large, inégalement saillante et formée de trois bosselures superposées ; elle occupe toute la région lombaire gauche, empiétant sur le thorax jusqu'à la pointe de l'omoplate, en bas, elle atteint la face postérieure du sacrum.

Entre les deux extrêmes, des volumes intermédiaires, d'un poing d'adulte, d'une mandarine, d'une noix.

Primitivement arrondi, le kyste se développe parallèlement à la direction de la fibre musculaire et devient ainsi ovoïde, puis fusiforme, disposition surtout fréquente dans la masse sacro-lombaire ; à la cuisse la tumeur affecte fréquemment la forme de la gaine aponévrotique du muscle dans lequel il s'est développé.

La paroi est variable. Certains kystes sont réguliers, d'autres présentent des bosselures, des diverticules plus ou moins développés, manifestations extérieures de poches secondaires dépendantes de la cavité kystique principale.

La paroi interne accidentée présente des lames fibreuses à dispositions variées, tantôt arciformes, tantôt circulaires ; d'autres constituent de véritables diaphragmes.

Dans son évolution, le kyste dissocie les fibres musculaires qui l'environnent et se développe vers le plan aponévrotique et les téguments ; il repousse les muscles qui l'avoisinent, refoule les fibres musculaires au centre desquelles il s'est développé, les étale sur sa face d'extension en une lame charnue mi-musculaire, mi-sclérosée, déterminant une altération du tissu musculaire, véritable usure du plan musculaire, sous la force extensive de la tumeur.

Il est fréquent que les fibres musculaires s'implantent à la surface du kyste, disposition qui nécessite leur section dans l'énucléation du kyste.

Par contre, et même dans les cas de kystes volumineux, en dehors de toute lésion inflammatoire, l'énucléation du kyste, grâce à la présence d'une zone décollable, se fait par simple dilacération au doigt : BIANCARDINI (obs. 8 in travail SALASC) mentionne, dans le cas d'un kyste, des gouttières de la dimension d'une tête fœtale, un clivage particulièrement facile de la tumeur et une extirpation sans nécessité d'ouverture du kyste.

Les paquets vasculo-nerveux, éventualité du reste rare, peuvent être déviés de leur trajet, et refoulés

par l'expansion tumorale (in MARGUET [obs. 108] : c'est un kyste des adducteurs de la partie basse de la cuisse qui refoule les vaisseaux fémoraux, et leur imprime une torsion en spirale.

Bridé par une aponévrose trop résistante, le kyste H. peut dans son expansion lente mais toujours progressive, laminer le plan osseux sous-jacent, il use comme un anévrysme : dans l'observation 1, thèse de MARGUET, un K. H. du muscle temporal a perforé l'os « perforation circulaire de la dimension d'une pièce de deux francs, au fond de laquelle se trouve la dure-mère tapissée par la paroi kystique ; le temporal se trouve en cet endroit comme une large cupule osseuse dont le fond progressivement aminci aurait été évidé par une couronne de trépan » et MARGUET rapporte d'autres observations fort intéressantes.

OBSERVATION 34 : kyste H. du muscle sous-épineux avec perforation de l'omoplate et poches communiquantes sus et sous scapulaires.

OBSERVATION 44 : c'est un kyste de la massè musculaire commune qui après avoir érodé les lames vertébrales des cinquième et sixième dorsales s'est fait jour dans le canal rachidien entre la dure-mère et l'os ; l'autopsie montre un grand nombre d'hydatides dans l'espace sous dure-mérien avec compression de la moëlle affaissée à ce niveau.

DEVÉ a décrit et souligné cette évolution spéciale des K. H.

Dans la grande majorité des cas le K. H. est unique, il est pourtant possible de rencontrer dans le même muscle des K. H. soit communiquants, soit indépendants et multiples, voisins ou éloignés les uns des autres.

On peut rencontrer des kystes de régions musculaires différentes : dans la thèse de Gros (obs. 12) nous trouvons une observation qui mentionne dans la région massétérine droite une tumeur de la dimension d'un petit œuf dont la fixité augmente à la contraction du masséter, l'autre tumeur siège au bras droit, dans la partie externe du biceps : cette double localisation musculaire est rare.

Il aurait été intéressant de connaître le pourcentage de coexistence des K.H. musculaires intra-hépatiques et pulmonaires, mais les observations sont souvent incomplètes, les recherches radiographiques trop souvent insuffisantes, parfois même inexistantes : « Trop d'observations publiées manquent de vérité scientifique. »

La paroi kystique détermine autour d'elle des altérations histologiques importantes du tissu cellulaire et de la fibre musculaire : inflammation chronique, processus de prolifération embryonnaire du tissu conjonctif inter-fasciculaire, régression granulo-graisseuse de la fibre musculaire créent une zone de sclérose périkystique : c'est une trame de tissu sclérotique d'épaisseur variable plus ou moins dense ; du tissu

musculaire, transformé devenu fibreux et épaissi et cette zone périkystique adhère intimement au tissu musculaire sain environnant.

L'épaisseur de cet « evtocyste » varie surtout avec l'ancienneté du kyste : d'une minceur extrême dans les jeunes kystes, elle s'épaissit dans les kystes anciens, pouvant devenir volumineuse jusqu'à 3 ou 4 mm, sa consistance prenant l'aspect de tissu conjonctivo-fibreux, fortement condensé.

Quand le kyste a débordé la surface externe du muscle, la membrane périkystique n'étant plus soutenue, fait à elle seule les frais de la tension du kyste, elle se laisse étirer, s'amincit et va permettre la fissuration ou la rupture spontanée après ulcération de la peau.

Cette membrane, cette coque fibreuse périkystique déjà bien étudiée par CRUVEILLIER, dénommé par MARGUET, par GROS, le *kyste adventice*, est en réalité « l'ectocyste », dénomination donnée par DEVÉ à la même formation qu'on rencontre à la périphérie des kystes H. du foie ; tous deux se constituent de la même façon, par tassement excentrique et transformation fibreuse des éléments nobles et cellulaires de l'organe dans lequel se développe le K. H.

On s'est demandé quel pouvait être le siège initial de l'embryon hexacanthe, simple curiosité scientifique qui ne peut, comme l'admettraient certains,

présenter, au point de vue thérapeutique, un intérêt de premier ordre :

Despres admettait que tout faisait supposer que, comme les autres tumeurs des muscles, le K. H. se développe dans le tissu conjonctif interfibrillaire ; Salasc croit que le point de départ est toujours dans le tissu cellulaire intermusculaire, il donne comme argument la facilité avec laquelle un grand nombre de kystes se laissent énucléer, ceux qui ne sont pas facilement clivables étant des kystes infectés avec adhérences périkystiques. Ceci ne nous paraît pas l'exacte vérité : mis à part les kystes infectés, beaucoup d'observateurs citent les difficultés de la kystectomie nécessitant la section des fibres musculaires intimement insérées à la surface du kyste, semblant bien indiquer de la sorte que le kyste se développe dans le tissu musculaire lui-même.

Devé, dans les *Comptes Rendus de la Société de Biologie* de novembre 1936, apporte des précisions à la question par l'examen histologique de deux kystes musculaires primitifs observés 59 jours après l'infestation.

L'examen histologique de ces kystes déjà parfaitement développés « a montré que l'un et l'autre « étaient nés en plein tissu musculaire, au milieu « même des fibres striées sur lesquels ils s'appuyaient « loin de toute artère et de tout nerf. Les adventices « minces renfermaient, emprisonnées dans son tissu

« fibro-élastique jeune, des fibres striées plus ou « moins atrophiées par distension excentrique, qui « se continuaient avec le tissu musculaire. Bref, les « petits kystes faisaient corps avec le muscle dans « l'intimité duquel ils étaient nés...

« Il est donc inexact de soutenir que les kystes « musculaires ont leur siège initial dans le tissu con- « jonctif lâche intermusculaire, tout comme il est « erroné de prétendre qu'un plan de clivage conjonc- « tif les isole du muscle. »

L'opinion incontestée du Maître nous suffit et nous l'admettrons jusqu'à preuve du contraire.

Chapitre IV

Symptomatologie

Dans les débuts de son évolution, le K.H. musculaire reste souvent muet, son volume restreint ne lui permettant pas encore de révéler sa présence par un symptôme fonctionnel ou physique : nous avons signalé ci-dessus l'opinion de Devé sur la lente évolution du K. H. dans ses débuts qui n'atteint guère avant trois ans le volume d'un œuf ou d'une mandarine.

D'une façon générale, cette période de début passe donc inaperçue et ce n'est que fortuitement, très souvent à l'occasion d'un traumatisme, que le malade s'aperçoit de la présence de la tumeur : certains kystes tout de même, comme ceux du masséter et du temporal, peuvent malgré leurs dimensions restreintes se manifester par de la gêne fonctionnelle qu'ils déterminent.

Qand on lit les observations, on est frappé de la variabilité du volume de la tumeur qui peut aller de celui d'une noix à celui d'une tête d'adulte, et dans notre chapitre d'anatomie-pathologie, nous avons montré des tumeurs plus volumineuses encore, celles-

ci se localisant surtout dans la région lombaire et dans celle des adducteurs. Aucun caractère spécial dans les formes de la lésion : tantôt arrondie ou sphérique, ovoïde, ovalaire ou oblongue ; certaines tumeurs, dans leur tendance à la lobulation, présentent des bosselures plus ou moins saillantes et de consistance inégale. Des cas de tumeurs monstrueuses se montrent habituellement dans la clientèle indigène qui, insouciante ou craintive, consulte tardivement.

A la période d'état, la tumeur reste longtemps stationnaire, puis, par suite d'une cause indéterminée ou sous l'influence d'un traumatisme ou d'une infection, elle augmente brusquement, obligeant le malade à consulter.

De par sa distension habituelle, le K. H. musculaire présente une dureté caractéristique, mais ce caractère n'est pas régulier ; sa consistance peut être élastique, lipomateuse, molle et fluctuante; différenciations qu'il ne faut pas méconnaître pour éviter toute erreur de diagnostic, surtout avec l'abcès froid : erreur qui entraînerait des sanctions thérapeutiques préjudiciables.

La tumeur, mobile pendant la période de relâchement, s'immobilise et durcit au cours de la contraction musculaire. Fréquemment indolentes, certaines cependant s'accompagnent de douleurs passagères ou fugaces, intermittentes ou persistantes, soit sous formes de gêne fonctionnelle douloureuse, soit de

douleurs irradiées : irradiées en ceinture, dans les kystes de la masse vertébrale, avec gêne pénible dans la flexion du tronc ou douleurs irradiées dans le membre avec sensation de fourmillements et de crampes; à type sciatique dans les kystes des adducteurs ; elle prendront un caractère aigu, à type persistant dans les cas d'hémorragie intrakystique ou de suppuration.

Deux autres symptômes, qui seraient excellents s'ils étaient constants, sont malheureusement d'une excessive rareté : le frémissement hydatique, la crépitation amidonnée : Marguet rapporte une observation de Reclus (obs. 98 bis), il s'agissait d'un kyste bilobé, où la compression d'une poche, par refoulement du contenu dans la poche voisine, déterminait une crépitation amidonnée et parcheminée. Dans l'observation 101, l'auteur anglais parle de « thrill hydatique ».

Dans une observation de Goinard (obs. VII) citée par Salasc, le frémissement hydatique a été nettement perçu et a permis la certitude de diagnostic.

Chapitre V

Formes Cliniques

Nous n'envisagerons ici que les formes cliniques suivant les localisations topographiques.

Tous les groupes musculaires peuvent être atteints par la maladie hydatique mais les travaux mentionnent surtout, et par ordre de fréquence :

les K. H. de la cuisse et de la région fessière,
des gouttières,
du membre supérieur et de l'épaule,
de la tête, (temporal et masséter),
du cou, (sterno-cléido-mastoïdien).

Cette classification nous indique déjà que, mises à part les localisations du tronc, la maladie hydatique frappe surtout la racine des membres et leurs premiers segments : ceinture scapulaire, région fessière, cuisse et bras.

Il est curieux de constater que des muscles aussi importants que ceux de la jambe ne soient pour ainsi dire jamais touchés par l'hydatidose : faut-il y voir un raison d'ordre vasculaire ? il est bien difficile de le dire.

A la cuisse, deux localisations majeures : le quadriceps et les adducteurs. Pour celui-là surtout, le droit antérieur, et le vaste externe où la tumeur prend une forme ovoïde à grand diamètre vertical parallèle à la direction des fibres musculaires et pouvant, dans leur extension, varier de la dimension d'une olive à celle d'une vaste tumeur pouvant s'étendre de l'épine iliaque antéro-supérieure à la région rotulienne, déterminant sur la face antérieure de la cuisse un gonflement fusiforme allant du pli inguinal aux confins du genou avec liberté fonctionnelle des articulations sus et sous jacentes.

Les kystes des adducteurs de forme oblongue se fixent en dedans de la ligne représentant la direction des vaisseaux fémoraux. Ils se développent dans toute la zone allant de l'extrémité interne du pli inguinal à la face interne du genou ; leur relief est d'autant plus net que le membre se met en adduction et la tumeur s'immobilise quand, maintenant les deux membres en adduction, on demande au malade de faire l'effort nécessaire pour les rapprocher.

Alors que les K. H. de la région fessière ne présentent aucun intérêt dans leurs manifestations cliniques, ceux des gouttières, de la masse sacro-lombaire retiennent l'attention tant par leur fréquence que par leur individualité ; il faut éliminer ici le K. H. à point de départ osseux : iliaque, costal, et surtout vertébral : l'écchinococcose rachidienne, le « mal de Pott

hydatique », suivant l'expression imagée de Devé, envahissent les masses lombaires parce qu'ils sont « ossifluents » ; ils ne peuvent donc être considérés comme des K. H. musculaires proprement dits.

Lanney consacre sa thèse inaugurale (Bordeaux, 1923) à ces K. H. de la masse sacro-lombaire et insiste sur leur fréquence : ils prennent, en effet, le deuxième rang après ceux des adducteurs ; dans sa statistique, pour 18 K. H. des adducteurs, Marguet cite 14 K. H. des muscles lombaires ; leur configuration rappelle la disposition anatomique de la région dans laquelle ils se développent, bloqués en avant par le squelette, en arrière, par la puissante aponévrose lombaire ; ils soulèvent en fuseau les faisceaux musculaires et, le plus souvent ovalaires ou fusiformes, s'allongent parallèlement à la ligne des apophyses épineuses pouvant s'étendre de la région costale au sacrum.

Ces observations de kystes volumineux ne sont pas rares, et Lanney dans sa thèse en rapporte plusieurs cas, telle l'observation XXII, où l'extrémité supérieure se localise au niveau de l'angle postérieur de la 2e côte, tandis qu'en bas, il atteint la base du sacrum.

Avec ceux des adducteurs, ils constituent les K. H. musculaires les plus volumineux, pouvant atteindre 25 à 30 cms de hauteur. S'il en existe d'uniloculaire, ils sont souvent constitués de poches successives, prenant une disposition multiloculaire : dans

l'observation de Goinard il existe trois poches superposées, la poche moyenne communiquant avec l'inférieure par un étroit pertuis, alors qu'un prolongement diverticulaire s'enfonce entre deux apophyses.

Lanney accorde aux K. H. des muscles sacro-lombaires un pronostic grave car comme tumeur envahissante ils peuvent, après destruction du plan osseux sous-jacent, faire irruption dans le canal rachidien, et cite, à l'appui de son assertion, l'observation 43 de la thèse de Marguet ; il est difficile d'affirmer que le début de ce K. H. aurait vraiment été musculaire; ne s'agirait-il pas plutôt d'une hydatidose vertébrale ossifluente, s'étant fait jour dans le canal rachidien et ayant extérieurement envahi la masse musculaire.

Les K. H. des muscles du membre supérieur et de la région de l'épaule ne sont pas rares. Marguet en rapporte 31 observations ainsi réparties :

1° *Muscles pectoraux*		8	Observations
2° *Epineux*		3	»
3° *Bras* :	deltoïde	7	»
	biceps	10	»
	triceps	1	»
	avant-bras	2	»

curiosité de localisation beaucoup plus fréquente dans le deltoïde et le biceps contrastant avec l'absence presque absolue de celle de l'avant-bras.

Paugan consacre sa thèse (Bordeaux, 1915) aux kystes H. du sterno-cléïdo-mastoïdien ; la tumeur se développe dans la gaine du muscle, prend une forme ovoïde à grand axe parallèle à celui du muscle, et quand le sterno-cléïdo-mastoïdien est en état de relâchement, la tumeur est parfaitement mobile latéralement, se dissociant des organes sous-jacents et du paquet vasculo-nerveux, signe clinique intéressant dans l'importance du diagnostic différentiel d'avec les autres tumeurs de cette région du cou ; sauf suppuration, la tumeur détermine rarement du torticolis.

Les K. H. ont aussi été signalés dans la région de la nuque et Marguet en rapporte sept observations.

Les K. H. du masséter ont tôt fait de signaler leur existence par la déformation disgracieuse qu'ils apportent à la région et surtout la gêne bien souvent douloureuse de la mastication.

Les mêmes remarques peuvent être apportées à ceux du muscle temporal ; immobilisée par la puissante aponévrose temporale, la tumeur peut se dégager de la région en se propageant sous l'arcade zygomatique.

Dans un seul cas de K. H. des muscles masticateurs nous avons relevé un trismus intense (obs. 4, Marguet).

Nous avons éliminé de notre travail, parce que

nous ne pouvons les concevoir et les admettre, les soi-disant K. H. musculaires avoisinant les cavités séreuses :

K. H. du diaphragme ;

K. H. des muscles intercostaux ;

et pour être plus absolus, nous rejettons même ceux du psoas. Ces kystes appartiennent à la grande classe des écchinococcoses séreuses secondaires : ils sont consécutifs à « la greffe hydatique » sous-séreuse, qui une fois immobilisée au contact de l'endothélium par les exsudations réactionnelles aura tendance à se développer plus ou moins profondément dans les plans sous-jacents.

Les deux seules observations de K. H. des muscles intercostaux rapportées par MARGUET ne sont nullement convaincantes ; l'une ne mentionne que les rapports que la tumeur contracte avec les plans cutanés superficiels et ne cite aucun trait des relations qu'elle pouvait présenter avec la plèvre pariétale; la deuxième observation affirme que la tumeur, par sa face interne, comprimait le poumon, le diaphragme et le foie ; il existait deux autres masses hydatiques qui s'étaient aussi développées dans d'autres espaces intercostaux. Un si pauvre inventaire anatomo-pathologique ne peut permettre le diagnostic de K.H. des muscles intercostaux ; qu'on lise le travail de M. le Professeur DEVÉ sur « l'écchinococcose secon-

daire de la plèvre », dans le *Journal de Chirurgie*, (avril 1937), et l'on pourra affirmer que les fameux kystes des muscles intercostaux ne sont en réalité que des kystes pariétaux sous-séreux, à développement intercostal.

Ces greffes hydatiques, bridées par une plèvre pariétale épaissie, ont tendance à se faire jour à l'extérieur « en usant même les côtes sus et sous-jacentes..., elles éventrent la paroi musculaire jusqu'à faire saillie à la surface du thorax. »

Ce ne sont pas des K. H. des muscles intercostaux, ce sont « des hernies trans-pariéto-thoraciques » et le schéma que M. Devé donne dans son travail, page 525, est nettement significatif.

Marguet ne rapporte qu'une seule observation de K. H. du diaphragme (obs. III) : le kyste avait le volume d'un poing et se confondait avec le bord externe du diaphragme : tels sont les seuls détails topographiques que nous donne l'observation, et ceci sans le moindre inventaire des organes sus et sous-diaphragmatiques; en réalité, nous croyons qu'il ne pouvait s'agir que d'un kyste secondaire sous-péritonéal de l'espace inter-hépato-diaphragmatique et Marguet écrit : « Les cas de K. H. du diaphragme, si tant est qu'il en existe de bien authentiques, sont d'une excessive rareté. »

Dans le *Lyon Chirurgical* de 1927, Gabrielle rapporte une observation de « kyste hydatique inclus

dans le muscle diaphragme ». Malheureusement, dans cette observation, du reste fort intéressante, nous ne trouvons aucun renseignement sur la topographie précise de la lésion et sur les rapports qu'elle pouvait contracter avec les fibres du diaphragme : « Je songe à explorer la face supérieure du diaphrag- « me et ne tarde pas à trouver le kyste inclus dans « le muscle... Il est tout près de l'oreillette droite et « du point d'abouchement de la veine cave inférieure « dans l'oreillette. »

On ne peut réellement affirmer, avec ce minimum de précision, la localisation intra-diaphragmatique de ce kyste ; là encore, nous dirons qu'il s'agissait très certainement d'un kyste sous-séreux secondaire de la plèvre, d'autant qu'on avait fait subir précédemment à ce malade la ponction du K. H. primitif du poumon droit ; c'est en retirant l'aiguille que s'est fait l'ensemencement.

Ces deux mêmes observations intéressaient le diaphragme droit, et ceci n'est pas pour nous étonner et vient encore à l'appui de notre opinion : limitrophe des deux organes les plus fréquemment atteints par l'hydatidose, le foie et le poumon droit, la région diaphragmatique droite, tant par son versant péritonéal que pleural, sera une localisation fréquente de l'écchinococcose secondaire sous-séreuse par la localisation des germes dans le recessus inter hépato-diaphragmatique après fissuration d'un kyste H. de

la convexité hépatique ou décantation au fond du sinus diaphragmatique après rupture d'un K. H. du poumon.

« La localisation des kystes à la base du thorax au « niveau des sinus pleuraux et du diaphragme n'est « pas pour nous surprendre ; cette région est à la « plèvre ce que le cul-de-sac de Douglas est au péri- « toine. Les germes écchinococciques projetés dans « la séreuse s'y trouvent entraînés par décantation « naturelle » (Devé).

Les K. H. des muscles intercostaux et du diaphragme doivent être rangés dans les deux localisations topographiques de l'écchinococcose secondaire de la plèvre données par Devé : localisation basilaire sinuso-diaphragmatique; localisation pariétale, para-costale, antérieure, latérale ou postérieure.

M. le Docteur Brun, de Tunis, a eu l'excessive amabilité de nous adresser ses observations de K.H. musculaires, parmi lesquelles neuf observations de K.H. de la paroi abdominale, et M. Brun fait une communication sur cette localisation dans *le Bulletin de l'Académie de Chirurgie de Paris* du 15 novembre 1939 : fort malheureusement, dans aucune des observations des muscles de la paroi abdominale nous ne trouvons de précisions sur la localisation de ces K.H. ; dans aucune d'elles, il n'a été fait d'exploration de la cavité abdominale pouvant établir le rapport exact de la tumeur kystique avec le péri-

toine pariétal; la même remarque doit être faite aux cas cités dans la thèse de MARGUET : elles sont trop pauvres en renseignements topographiques pour que l'on puisse porter à coup sûr le diagnostic de localisation musculaire.

Les K.H. du psoas-iliaque peuvent avoir trois origines :

origine osseuse par propagation des K.H. vertébraux lombaires, cas typique d'hydatidose ossifluente ;

origine péritonéale par greffe sous-séreuse ;

origine vasculaire avec localisation musculaire primitive ;

celle-ci la plus rare, celles-là les plus fréquentes.

Cette localisation dans le territoire du psoas-iliaque est, du reste, rare; MARGUET n'en rapporte que trois observations, parmi lesquelles une seule, celle de BLANDIN, mérite peut-être ce diagnostic topographique; les autres, de même que celles signalées dans la thèse de GROS, ne peuvent être prises en considération, elles manquent vraiment de précision scientifique.

Nous croyons donc que les localisations musculaires décrites comme telles de la paroi abdominale et du psoas-iliaque, sont en réalité des tumeurs kystiques qui, nées de la « greffe hydatique » sous-séreuse, se sont primitivement développées dans le

tissu cellulaire sous-péritonéal qui par la suite, de par leur développement, cherchant à « s'énucler », ont refoulé et dilacéré devant elles les fibres des masses musculaires environnantes ; elles ont ainsi camouflé leur origine et donné, lors de leur complet développement, par exploration opératoire incomplète, l'impression d'une évolution strictement intra-musculaire : dans toutes les observations que nous avons étudiées, nous n'avons trouvé aucun critère de l'intégrité de la cavité péritonéale, surtout du foie ou de la rate.

L'histoire de ces K.H. musculaires para-séreux, pleuraux, ou péritonéaux, est analogue à celle des soit-disant K.H. solitaires ou primitifs du Douglas, dont Devé a réglé la véritable pathogénie.

Le Docteur Jean Munaret a montré, dans sa thèse sur les kystes hydatiques des ligaments larges (Alger, 1931), que ceux-ci devaient, en définitive être considérés comme des kystes hydatiques secondaires, après inclusion sous-péritonéale.

Il n'existe pas plus de kystes hydatiques primitifs du ligament large que de kystes hydatiques primitifs des organes génitaux de la femme ou de kystes hydatiques musculaires du releveur anal. Toute exploration minutieuse : clinique, radiologique, ou opératoire, devrait montrer à l'origine de ces kystes hydatiques musculaires, une lésion initale organique, pulmonaire, hépatique, ou splénique.

Chapitre VI

Diagnostic

Deux traits retiennent l'attention dans le diagnostic du kyste hydatique musculaire : la lenteur de l'évolution, l'inexistence quasi absolue de toute symptomatologie fonctionnelle.

Lors de ses premières manifestations, la tumeur kystique présente déjà un certain volume, alors que ses débuts remontent à une date lointaine : Dévé a dit combien il fallait de mois à un kyste hydatique pour atteindre un volume appréciable.

Le kyste hydatique musculaire provoque du point de vue fonctionnel, dans ses premières manifestations, une sensation de gêne et de pesanteur (gêne dans les mouvements de mastication pour les kystes hydatiques des muscles masticateurs, de flexion du tronc pour les muscles des gouttières, fatigabilité à la marche pour ceux des membres inférieurs) ; il n'existe pour ainsi dire jamais de douleurs de compression, et la tumeur ne peut être gênante que par son volume et son poids.

La crépitation amidonnée et le frémissement hydatique peuvent être recherchés, mais ils sont d'une

excessive rareté : il a tout de même été perçu (Reclus, Goinard).

C'est par les variations de consistance et de mobilité de la tumeur pendant les alternatives de contraction et de relâchement musculaire que l'on portera le diagnostic de localisation dans le muscle : pendant le repos musculaire, la tumeur est mobile, souvent rénitente, elle peut être plus ou moins flasque comme le lipome; quand le muscle se contracte, elle se montre dure et immobile; la limitation de la tumeur, sa forme arrondie ou ovalaire, suivant la région dans laquelle elle s'est développée, sa rénitence ou sa dureté suivant que le muscle se trouve en état de relâchement ou de contracture, sont autant de signes intéressants qui doivent nous mettre sur la voie du diagnostic.

Faire la différenciation d'avec les autres tumeurs musculaires, qu'elles soient liquides ou solides, — car les tumeurs comme le lipome, voire même le sarcome, peuvent présenter un caractère de mollesse ou de rénitence, et le K.H. une dureté trompeuse.

La hernie musculaire disparaît au repos; le lipome est fréquent dans le tissu cellulaire sous-cutané rare dans le muscle; il en est de même de l'angiome musculaire, dont l'irrégularité est caractéristique. Les fibromes sont durs, d'une consistance qui dépasse la rénitence; les sarcomes sont irréguliers, d'une dureté

de bois, souvent secondaires, ce qui facilite le diagnostic.

Les autres kystes musculaires non hydatiques : kystes hématiques, kystes dermoïdes ou séreux congénitaux, sont excessivement rares, et leur différenciation ne peut être faite qu'à l'intervention, tout en se rappelant tout de même le siège que ces kystes occupent de préférence.

Les hématomes musculaires sont consécutifs aux traumatismes, l'ecchymose à laquelle ils donnent lieu et leur régression généralement rapide ne permettent pas l'erreur.

Les abcès musculaires consécutifs à un hématome, à une myosite ont leur évolution spéciale, les phénomènes douloureux dont ils sont le siège les caractérisent d'emblée, l'erreur ne peut être permise qu'en cas de kyste hydatique suppuré.

Discuter surtout le diagnostic différentiel au cours de certaines localisations tumorales, principalement pour celles des muscles dorso-lombaires où l'examen devra être minutieux pour éviter de confondre kyste hydatique et abcès froid, dont on connaît la fréquence dans cette région : l'étude des antécédents, l'examen radiographique du squelette, seront d'un précieux secours; nul n'a le droit, à moins de la constatation d'un frémissement hydatique, d'intervenir sous le couvert d'un diagnostic de kyste hydatique

des gouttières, sans des examens radiographiques affirmatifs de l'intégrité absolue du squelette vertébral; et ces investigations radiographiques sont d'autant plus intéressantes, qu'elles peuvent révéler, même en cas de K. H. des gouttières, une origine vertébrale toujours possible et donner de la sorte des directives opératoires. La radiographie avec injection intra-tumorale de lipiodol, suivant la méthode de SICARD & FORESTIER, fixera dans bien des cas d'une façon précise les relations de la lésion avec le squelette avoisinant.

Ce qu'il ne faut pas faire, c'est la ponction du kyste, parce qu'elle est infidèle, parce qu'elle n'est pas sans danger : MARTINEAU a signalé des accidents graves suivis de mort en vingt minutes; CHAUFFARD rapporte un cas de mort en vingt-cinq minutes, et les accidents anaphylactiques seront toujours des surprises désagréables de cette méthode de diagnostic.

Ce qu'il faut faire, c'est une exploration clinique et radiologique la plus complète possible du thorax et de l'abdomen pour pouvoir affirmer qu'il n'existe pas d'autres localisations hydatiques, surtout dans le foie et les poumons. Le laboratoire avec le Weinberg; l'éosinophilie, et surtout l'intradermoréaction de Casoni, permet le complément des précédents examens.

Quoi qu'il en soit, sauf existence d'un frémissement hydatique dont nous avons dit la rarissime ex-

ception, le diagnostic ne pourra jamais être porté d'une façon absolue.

Du point de vue probabilité, la meilleure affirmation sera la constatation du siège de la tumeur, vu la prédilection du kyste hydatique pour certaines régions musculaires : muscles adducteurs, muscles lombaires, muscles de l'épaule et du bras.

Chapitre VII

Pronostic

Le pronostic du kyste hydatique musculaire ne peut être que bénin; pourtant, pour les kystes hydatiques des muscles des gouttières, Lanney pose un pronostic de gravité, un pronostic « redoutable », car il envisage souvent la possibilité de l'irruption du contenu kystique dans le canal médullaire, avec ses complications de compression et de greffe secondaire : à l'appui de cette opinion Lanney ne rapporte qu'un seul cas commenté par Marguet (obs. xxxxiii) — nous n'en avons pas trouvé d'autres dans la littérature; il faut donc admettre cette évolution comme une rareté.

Les complications inflammatoires sont de peu d'intensité et revêtent rarement des caractères de gravité; elles sont, du reste rapidement jugulées par la kystostomie.

Les complications toxiques spontanées sont bénignes ; seules présenteraient un certain degré de gravité celles qui succéderaient à une ponction ; nous avons dit ce que nous pensions de cette méthode de diagnostic.

Enfin, la lésion hydatique peut s'étendre d'une façon anormale, créant une prolifération vésiculaire exagérée avec multiplication des diverticules et des poches : cette prolifération rend l'acte chirurgical plus difficile, plus minutieux, et parfois incomplet : l'exérèse chirurgicale imparfaite laisse place à la récidive ; cette récidive peut aussi se faire par ensemencement de la plaie opératoire au cours de l'intervention.

Chapitre VIII

Traitement

Le traitement est simple.

Deux cas sont à considérer : le kyste hydatique est ou n'est pas suppuré.

En cas de suppuration, l'intervention chirurgicale consiste dans l'incision large de la tumeur suivie de drainage exactement comme s'il s'agissait d'un abcès banal.

Le kyste n'est pas suppuré, l'opérateur a le choix entre la kystostomie avec ou sans drainage, drainage dans le cas de liquide louche ou hémorragique ; fermeture sans drainage selon la méthode employée pour les kystes du foie avec un liquide eau de roche.

En aucun cas, il ne saurait être question de kystectomie.

C'est un point sur lequel il nous paraît intéressant de nous arrêter car si la kystectomie a eu ses partisans, elle a eu aussi ses adversaires.

Nous citerons en premier lieu, l'article du Professeur Costantini et du Docteur Oulié, chirurgien-

chef de l'hôpital Civil de Constantine, paru dans la *Presse Médicale* du 24 mars 1937.

Comme le disent ces auteurs, la décortication des kystes hydatiques était considérée au Congrès de Rostoff en 1923 comme l'opération idéale.

Les principaux arguments motivant cette technique étaient, d'après le chirurgien russe NAPALKOFF, que la lame fibreuse qui enveloppe le kyste porte en elle-même la possibilité de récidive.

Dans cette capsule on trouverait des éléments germinatifs, des Scolex qui formeraient des « échardes » dont certaines pénètreraient assez avant dans le parenchyme.

Or, DEVÉ n'a jamais vu ces échardes au cours de ses nombreux travaux d'anatomie-pathologie sur le kyste hydatique.

Le second argument est plus important. Il est défendu par DANILIAK qui estime que l'ablation de la capsule est indiquée pour éviter que ne se prolonge indéfiniment l'évolution post-opératoire de la maladie (fistules, suppurations interminables). Ce dernier argument n'a d'intérêt que pour les kystes hydatiques viscéraux. Il n'en a pratiquement aucun en ce qui concerne le kyste hydatique musculaire où la suppuration se tarit spontanément très vite.

Nous devons à l'obligeance du Professeur COSTANTINI d'apporter pour défendre la cause de la kys-

tostomie et combattre celle de la kystectomie les remarquables arguments contenus dans un travail inédit du Professeur Félix Devé de Rouen, intitulé « La question de la kystectomie appliquée aux kystes hydatiques des muscles ».

Certains chirurgiens, écrit le Professeur Devé, ont prétendu justifier la kystectomie appliquée au traitement des kystes musculaires par l'hypothèse que, en l'espèce, le parasite se localiserait primitivement, non dans le tissu musculaire lui-même, mais bien dans le tissu cellulaire intermusculaire ou interfasciculaire : ce qui expliquerait la formation d'un plan de clivage conjonctif permettant l'ablation du kyste « en masse » y compris la capsule fibreuse.

Or, le Professeur Devé a précisé par l'étude de pièces expérimentales le siège initial réel des kystes hydatiques musculaires.

L'examen microscopique de petits kystes expérimentaux de l'écureuil devaient montrer au Professeur Devé que ceux-ci étaient nés en plein tissu musculaire. Ces petits kystes faisaient corps avec le muscle dans l'intimité duquel ils étaient nés.

Par ailleurs, le Professeur Devé a pu faire une étude microscopique méthodique d'une pièce de kyste hydatique primitif du muscle grand pectoral opéré par le Docteur P. Bonvoisin d'Elbeuf. Nous verrons que tout en concluant à la suite de cette étude à une

relative légitimité de la kystectomie pour des raisons d'ordre histologique, le Professeur DEVÉ n'en finit pas moins par rejeter cette technique comme plus nuisible qu'utile.

Il existait dans le cas du Docteur BONVOISIN une atrophie et une transformation des faisceaux de tissu musculaire, en lames scléreuses fibro-vasculaires disposées plus ou moins parallèlement à la surface externe du kyste, qu'elles doublaient sans toujours lui adhérer. D'autre part, vers le dehors, cette zone musculaire scléro-atrophique périkystique mince et nettement délimitée se montrait le plus souvent séparée des faisceaux musculaires voisins demeurés intacts par des « fentes » nettes, par des « plans de clivage microscopiques » constitués par de fines cloisons conjonctives lâches qui séparent normalement les faisceaux musculaires. Mais l'histologie ne nous enseigne-t-elle pas que le tissu musculaire se trouve cloisonné par une multitude de fentes conjonctives séparant ses faisceaux constitutifs et formant autant de petits plans de clivage préformés.

Il faut ajouter à cela le fait que les muscles longs ou larges forment des nappes tissulaires de peu d'épaisseur qui se trouvent séparées des muscles sus ou sous-adjacents par des plans de tissu conjonctif lâche qui permettent au muscle de glisser sur les muscles voisins.

Lorsque le kyste hydatique né dans l'épaisseur de

la nappe musculaire affleurera puis émergera du muscle intéressé, il sera tapissé par le plan essentiellement clivable de l'espace cellulaire lâche inter-musculaire.

Enfin, dans l'épaisseur même du muscle, il sera souvent possible de dédoler au bistouri les petits faisceaux musculaires lorsqu'ils seront dirigés plus ou moins parallélement à la surface externe de l'adventice kystique.

On comprend donc, qu'en pratique, le chirurgien puisse réussir à décortiquer un kyste hydatique musculaire. Cependant, avec Devé, nous rejetterons la kystectomie primitive parce que comme le disaient Costantini et Oulié, les meilleurs opérateurs ont ouvert des kystes musculaires qui paraissaient faciles à enlever en bloc et inoculé, de ce fait, le champ opératoire par le sable hydatique.

De plus, la kystectomie est une opération mutilante et les avantages qu'on lui a attribués ne sauraient en définitive en justifier l'emploi systématique d'autant plus que de très nombreuses observations chirurgicales fournissent la preuve de la guérison rapide, *per primam*, des kystes musculaires traités par la simple fermeture sans drainage.

Quelle que soit la technique employée, le formolage sera le premier temps obligatoire de l'acte chirurgical.

La kystostomie avec fermeture primitive reste, comme l'a bien dit DEVÉ, « l'opération idéale » parce qu'elle est simple, courte, rapide, évitant toute mutilation du tissu musculaire trop souvent sujet à la rétraction cicatricielle : c'est l'opération bénigne à suivre, puisqu'elle enlève ce qu'il faut enlever, c'est-à-dire : le parasite.

Chapitre IX

Conclusions

1° Il est faux de dire que la maladie hydatique atteint rarement le tissu musculaire.

2° C'est surtout par la voie sanguine que l'embryon hexacanthe, après avoir franchi les deux cribles porto sus-hépatique et pulmonaire, gagne le tissu musculaire où des conditions anatomiques spéciales et des causes favorisantes le fixeront définitivement.

Les causes anatomiques spéciales sont le volume de la masse musculaire qui représente les 2/5 de la masse totale du corps, la richesse vasculaire des muscles, tissu le plus vascularisé de l'organisme après le tissu hépatique. Les causes favorisantes sont le traumatisme qui joue le rôle d'agent localisateur.

3° Dans son évolution le kyste dissocie les fibres musculaires qui l'environnent et se développe vers le plan aponévrotique et les téguments. Il repousse les muscles qui l'avoisinent, étale les fibres musculaires au centre desquelles il s'est développé et produit une véritable usure du plan musculaire sous la force extensive de la tumeur. Il peut user le plan

osseux sous-jacent comme un anévrysme. La paroi kystique détermine autour d'elle des altérations histologiques importantes du tissu cellulaire et de la fibre musculaire. Le kyste fait corps avec le muscle dans l'intimité duquel il est né.

4° Le kyste reste souvent muet dans le début de son évolution et ne révèle sa présence qu'au bout de 2 à 3 ans.

Le frémissement hydatique est rarement perçu. Il permet alors de poser le diagnostic avec certitude.

La maladie hydatique frappe surtout la racine des membres et leurs premiers segments : ceinture scapulaire, région fessière, cuisse et bras.

Les kystes hydatiques des muscles intercostaux et du diaphragme doivent être rangés dans les deux localisations topographiques de l'écchinococcose secondaire de la plèvre données par Devé : localisation basilaire sinuso-diaphragmatique, localisation pariétale, para-costale antérieure, latérale ou postérieure.

5° Du point de vue diagnostic, deux traits retiennent l'attention : la lenteur de l'évolution, l'inexistence presque totale de toute symptomatologie fonctionnelle.

Lorsque le kyste siège au niveau de la région dorso-lombaire, il faut un examen clinique et radiolo-

gique complet pour éliminer le diagnostic d'abcès froid.

De toute manière, le diagnostic, quel que soit le siège de la tumeur, ne pourra jamais être porté d'une manière absolue.

La ponction du kyste, qui pourrait aider au diagnostic, devra être systématiquement proscrite, en raison des dangers d'ensemencement qu'elle entraîne après elle et du Shock, plusieurs fois signalé, dont elle peut être suivie.

6° D'une manière générale, sauf pour les kystes des muscles des gouttières, le pronostic sera bénin.

7° Le traitement est simple :

a) *Le kyste est suppuré* : la conduite à tenir est la même que celle qu'on observe en présence d'un abcès. Il faut ouvrir et drainer largement ;

b) *Le kyste n'est pas suppuré* : s'il présente un contenu louche ou hémorragique, il vaut mieux marsupialiser et drainer. S'il est à contenu clair, il faut fermer sans drainer après ablation de la membrane proligère.

Dans tous les cas le formolage de la poche constituera le premier temps opératoire ;

c) *La kystectomie*, c'est-à-dire l'ablation en bloc sans l'ouvrir, de la tumeur et des tissus environnants ne devra jamais être tentée en raison des risques qu'elle comporte.

Observations

A. KYSTES HYDATIQUES DES MUSCLES
recueillis
dans le Service des Femmes de l'Hôpital Sadiki
durant ces dix dernières années

(Statistique communiquée par le Docteur BRUN)

I. MEMBRE INFERIEUR.

OBSERVATION I

Kyste hydatique du quadriceps à droite.

A. Z. n° 1.363, 40 ans, Medjez-el-Bab.

Kyste suppuré renfermant des vésicules flétries et quelques formations calcaires. Evacuation, formolage, fermeture sur drainage. Sortie guérie.

OBSERVATION II

Kyste hydatique suppuré des muscles fessiers.

A. b. B., n° 3.202, 30 ans.

A le volume d'une orange. Incision, évacuation du contenu, drainage. Sortie guérie.

OBSERVATION III

Kyste hydatique complexe de la face postérieure de la cuisse gauche.

A. b. M., N° 688, 45 ans, Douar-Chott.

Kyste du volume des 2 poings renfermant un très grand nombre de vésicules-filles. On enlève la membrane hydatique-mère. Formolage. Fermeture sans drainage. Sortie guérie.

OBSERVATION IV

Kyste hydatique de la cuisse gauche. — Kystectomie.

K. b. O., n° 426, 25 ans.

Tumeur de consistance liquidienne au niveau du triangle de Scarpa. Une ponction à la seringue permet de retirer un liquide eau de roche. Intervention immédiate. On dissèque en masse la tumeur qui semble appartenir au couturier, elle se rompt vers la fin de l'opération. On enlève complètement le kyste en réséquant la veine saphène qui lui adhère. Fermeture sans drainage. Guérison sans incident en 15 jours.

OBSERVATION V

Kyste hydatique suppuré du quadriceps.

H. b. M., N° 153, 35 ans.

Le début remonterait à 4 ans. Elle aurait déjà été opérée à Sfax, il y a 2 ans.

A l'heure actuelle il existe une tumeur rénitente grosse comme la tête d'un nouveau-né, qui semble incluse dans le quadriceps gauche. La face antérieure de la cuisse est le siège d'une cicatrice opératoire. Tumeur non pulsatile, mobile sur les plans profonds. Pas de ganglions. A l'opération on trouve un kyste suppuré complexe du quadriceps qui est vidé et drainé.

Le Weinberg négatif. Eosinophilie 1 %. Intra-dermo-réaction faiblement positive. Sortie guérie.

OBSERVATION VI

Kyste hydatique de la cuisse gauche. — Ablation.

M. b. S., 13 ans, N° 3.033, Medjez.

Depuis deux ans, s'est développée sur la face interne du tiers supérieur de la cuisse gauche, une tumeur qui actuellement atteint le volume du poing. Partiellement mobile, pseudo-fluctuante, elle s'immobilise pendant la contraction musculaire. Elle ne s'accompagne d'aucune réaction inflammatoire. Pas de ganglion, jamais de température. Etat général excellent.

Intervention. — Ablation d'un kyste hydatique univésiculaire, développé dans l'épaisseur du droit interne. Surjet au catgut sur l'épaisseur fémorale, crins sur la peau.

Sortie guérie.

OBSERVATION VII

Kyste hydatique de la partie supéro-externe de la cuisse gauche.

K. b. H., 45 ans.

Tumeur du volume d'un œuf de poule, siégeant au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antérieure. Tumeur mobile. Sous anesthésie générale, on peut enlever la tumeur qui semble développée aux dépens du couturier.

Sortie guérie.

II. MEMBRE SUPERIEUR.

OBSERVATION I

Kyste hydatique du sus-épineux.

F. b. A., N° 44 - 25 ans.

Kyste hydatique du volume d'un œuf de poule. On pense à un abcès froid. La ponction ramène du liquide eau de roche. On incise la tumeur, on enlève la membrane proligère. Formolage, fermeture sans drainage.

Eosinophilie : 3 %.

Weinberg : négatif.

Sortie guérie.

OBSERVATION II

Kyste de la face externe de l'avant-bras droit.

M. b. M., 36 ans.

Le début remonte à 18 mois. La malade prétend que son coude est devenu depuis cette époque gros et douloureux. La radiographie est négative.

On tombe sur un kyste du long supinateur. Kyste complexe. Devant les difficultés de pratiquer une kystectomie, on se contente d'évacuer le *kyste complexe*, de formoler et de refermer sans drainer.

Sortie guérie.

III. PAROI ABDOMINALE.

OBSERVATION I

Kyste de la région épigastrique.

S. b. R., N° 667 - 60 ans.

Kyste développé, semble-t-il, aux dépens d'un muscle droit ; a été ponctionné plusieurs fois en ville, et le kyste suppuré a le volume d'un œuf d'autruche. Ouverture large. Formolage. Kyste complexe — drainage.

Sortie guérie.

OBSERVATION II

Kyste hydatique suppuré de la région hypogastrique.

H. b. A., N° 2.061 - 35 ans.

Volume d'une tête d'adulte. Tumeur dure qui en impose pour un fibrome utérin. Il s'agit d'un kyste suppuré situé dans l'intérieur de la paroi abdominale. Kyste à pus épais, café au lait, non fétide. On enlève la membrane proligère. Formolage, fermeture sans drainage.

Réunion *per primam.*

Sortie guérie.

OBSERVATION III

Kyste hydatique paroi abdominale, région fosse iliaque droite. — Ablation.

O. b. M., N° 4.111 - 15 ans - (Kalaâ Djerda).

Vient pour une tumeur abdominale dont le début remonte à trois ans environ. Elle était apparue spontanément, d'abord petite comme une noisette, puis elle augmenta progressivement jusqu'à atteindre le volume actuel.

Examen : Tumeur grosse comme une grenade, dure, non douloureuse, mobile et semble adhérente aux muscles de la paroi de la région iliaque droite.

Opération. — Kyste hydatique de la paroi abdominale, région de la fosse iliaque droite, se développant au niveau des muscles de la paroi donnant l'impression d'une tumeur rénale. Evacuation, formolisation, paroi en 3 plans. Agrafes sur la peau. Anesthésie générale ; kélène et éther. - P. M. Brun, aide : M. Ronchot.

Sortie guérie.

OBSERVATION IV

Kyste du petit oblique.

H. C., N° 2.048 - 11 ans.

Observation superposable à la précédente, mais située à gauche.

Sortie guérie.

OBSERVATION V

Kyste en forme d'haltères de la paroi abdominale antérieure.

K. b. M., N° 45.

Ouverture; on enlève la membrane kystique. Formolage. Fermeture sans drainage.

Sortie guérie.

OBSERVATION VI

Kyste hydatique de la région épigastrique.

F. b. M. R., N° 2.677 - 25 ans.

Opérée dans une ville d'intérieur, il y a trois ans, porte une cicatrice. Cette tumeur est si superficielle que la malade n'a pas hésité à la percer elle-même, avec une aiguille. Par l'orifice ainsi pratiqué, il s'échappe encore du liquide clair.

Opération : On incise l'ancienne cicatrice; on ouvre ainsi la poche qui renferme une grande membrane hydatique. Il semble bien s'agir d'un kyste de la paroi. Formolage, drainage sur lame de caoutchouc.

Sortie guérie 15 jours après l'opération.

OBSERVATION VII

Kyste de la paroi abdominale.

M..., N° 824 - 60 ans.

Kyste complexe de l'hypocondre gauche et situé dans le

muscles de la paroi. Ouverture. Formolage, ablation de la membrane proligère. Fermeture sans drainage.

Sortie guérie.

OBSERVATION VIII

Kyste hydatique de la paroi abdominale. — Ablation de la membrane enkystée. — Fermeture sans drainage.

R. b. B., N° 1.436 - 19 ans - (Ras-Tabia).

Depuis trois ans, présente au niveau de la région hypocondrique gauche, une tuméfaction qui, d'abord petite, atteint maintenant le volume d'un œuf d'autruche. Cette tumeur n'est pas douloureuse. Tumeur oblongue, à grand axe vertical, régulièrement arrondie. A l'examen, on perçoit une pseudo-fluctuation. Consistance analogue à celle d'un lipome. On pense à un lipome de la paroi abdominale.

Opération : Incision suivant le grand axe de la tumeur. On tombe sur un kyste hydatique de la paroi abdominale. Incision de la poche kystique, Ablation de la membrane enkystée. Formolisation, fermeture de la paroi par quelques points au catgut n° 2. Aucun drainage. Crins sur la peau.

Petit abcès de la paroi.

Sortie sur sa demande pour venir faire des pansements.

OBSERVATION IX

Kyste hydatique de la paroi de l'hypocondre droit.

A..., 45 ans - N° 3.025.

On croit à une vésicule biliaire. Il s'agit d'un kyste du volume d'un œuf de poule situé dans la paroi. Ouverture,

On enlève la membrane kystique. On formole et l'on referme.

Sortie guérie.

OBSERVATION X

Kyste du muscle grand droit.

H. b. T., N° 1.137 - 40 ans.

Le volume de la tumeur atteint celui d'une grosse orange. Ouverture, pas de formolisation, car le kyste sort entier de sa coque fibreuse. Fermeture de la poche sans drainage.

Sortie guérie 15 jours après l'opération.

IV. KYSTE DE LA MASSE MUSCULAIRE SACRO-LOMBAIRE.

OBSERVATION I

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire droite. — Extirpation.

H. b. M., N° 2.046 - 45 ans.

Masse ovoïde fluctuante de la région paravertébrale droite, incluse dans la masse sacro-lombaire.

La femme souffre de cette région, et l'on constate une rigidité de la colonne faisant penser à un mal de Pott possible. On ponctionne pour vérifier l'abcès froid. Evacuation de quelques centimètres cubes de liquide eau de roche fai-

sant le diagnostic de kyste hydatique de la masse sacro-lombaire droite.

Intervention le 11-6-1937. — Incision verticale paravertébrale. Dissection du kyste après avoir traversé le muscle. Adhérences nombreuses qui font que l'on ouvre le kyste. Evacuation, formolage, résection de la poche fibreuse, très adhérente au fond aux apophyses vertébrales transverses et épineuses. Deux mèches d'hémostase, un drain n° 3. Suture partielle. Anesthésie générale : kélène, éther. — Dr Coursières - Dr Bège.

Sortie guérie.

OBSERVATION II

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire. — Excision.

E. b. N., N° 1.076 - 40 ans - (Siliana).

Début de la maladie il y a cinq ans. Apparition d'une tumeur à gauche de la colonne vertébrale dans la région lombaire. A l'entrée, tumeur grosse comme les deux poings allongée sur le flanc gauche du rachis. Rénitente, légèrement mobile dans le sens transversal.

La radio indique une déviation du rachis sans lésions osseuses.

Opération. — Incision longitudinale. On met à nu un kyste hydatique développé dans la masse sacro-lombaire. On parvient à l'énucléer en totalité. Quelques vésicules s'échappent à la fin de l'opération. Lavage de la plaie au formol. Suture sur les muscles et sur l'aponévrose. Crins sur la peau dans l'angle inférieur. On laisse un petit drain pendant vingt-quatre heures.

Sortie guérie.

V. KYSTES DES MUSCLES PECTORAUX.

OBSERVATION I

Kyste hydatique du grand pectoral droit. — Ponction, évacuation, fermeture sans drainage.

K. b. K., N° 3.861 - 50 ans - (La Marsa).

Tumeur dans la région sterno-costale droite supérieure, du volume d'une mandarine. Fluctuante, mobile sur les plans sous-jacents, pas de battements.

On pense à un abcès froid, d'origine sternale; la ponction permet de retirer un liquide clair, eau de roche.

Radioscopie : Rien dans les poumons.

Examen général : Ne décèle aucune autre poche kystique.

Intervention : Incision jusqu'au grand pectoral. On arrive facilement sur le kyste, développé dans le grand pectoral, qui est ponctionné, formolé, évacué.

Surjet au catgut sur l'incision du kyste. Fermeture sans drainage. Crins sur la peau.

Sortie guérie.

OBSERVATION II

Kyste hydatique du grand pectoral gauche. — Ablation et formolage.

Z. b. B., N° 3.386 - 27 ans - (Béjà).

Il existe sous le sein gauche, développée dans les fibres inférieures du grand pectoral, une tumeur du volume d'un

abricot, ronde, extrêmement mobile, non douloureuse, donnant l'impression de fluctuation.

Evolution depuis six mois.

Opération. — On excise un kyste hydatique très tendu et contenant plusieurs vésicules. Après rupture, formolage Hémostase. Crins sur la peau.

A la palpation, le foie paraît normal.

Sortie guérie.

B. STATISTIQUE RESULTANT DE NOS RECHERCHES PERSONNELLES.

I. KYSTES HYDATIQUES DE LA FACE.

Kyste hydatique de la face.

L. Brimont (Itzer, Maroc). [*Maroc Médical*, an. 18, n° 197, novembre 1938, p. 463-464, 1 fig. - In *Journal de Chirurgie*, mai 1939, p. 675.]

Relation d'un cas exceptionnel de kyste développé dans la joue droite d'une jeune fille de dix ans et opéré par voie endo-buccale : ponction et formolage par le sillon gingivo-jugal, incision et extraction de la membrane proligère.

Guérison après un accident anaphylactique de très courte durée.

Kyste hydatique de la région pré-tragienne gauche.

Médecin-Capitaine Munaret (Sétif). *[Observation inédite.]*

M. A., femme indigène. Opération n° 74.

Il s'agit d'un kyste évoluant depuis un an. Intervention le 31 mars 1938.

Sous anesthésie générale au chloroforme, incision verticale sur la tumeur. On tombe sur un kyste uniloculaire à contenu eau de roche. Ablation de la membrane proligère. Formolage. Capitonnage au catgut par points séparés. Fermeture sans drainage, crins de Florence sur la peau.

Cicatrisation *per primam*. Guérison.

Kyste hydatique de la langue.

A. Copez Fernandez, & R. Vilar Sancho. (*Anales de Medicina Interna*, tome 4, n° 4, avril 1935, p. 369-376 - In *Journal de Chirurgie*, 1936, p. 842, tome 47.)

Homme de 23 ans qui est en traitement pour une ostéo-arthrite du genou. Il a, de plus, une augmentation de volume de la langue prédominant du côté droit. La muqueuse qui la recouvre est parfaitement normale. La tuméfaction est lisse, à moitié enclavée dans le tissu musculaire lingual. On pense à une formation kystique bénigne. Sous anesthésie locale, extirpation par une incision parallèle au bord de la langue et dissection du kyste sans grande difficulté. Cicatrisation par première intention. De la pièce, on extrait par ponction un liquide purulent. Au microscope, la membrane interne est anhiste, ce qui fait faire le diagnostic de kyste hydatique de la langue.

II. KYSTE HYDATIQUE DU COU.

Kyste hydatique du scalène.

Docteur Oulié, chirurgien-chef de l'Hôpital Civil de Constantine.

R. H., 30 ans.

Incision de cinq centimètres le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Le nerf spinal, reconnu, est récliné à la partie supérieure de l'incision. Le kyste se trouve sous l'aponévrose cervicale moyenne, développé dans le scalène. Ouverture du kyste, formolage, extraction de la membrane-mère. Ethérisation de la poche. Suture totale. Anesthésie locale.

Kyste hydatique de la région sus-claviculaire.

Médecin-Capitaine Munaret, chirurgien de l'Hôpital de Sétif. *(Observation inédite.)*

M. B. b. M. - Opération n° 66.

Intervention le 16 mars 1939.

Il s'agit d'un kyste hydatique de la région sus-claviculaire droite, inclus dans la masse musculaire. Le kyste, à contenu clair, est du volume d'une orange. Incision sur la tumeur, extraction de la membrane proligère. Formolage de la cavité qui est ensuite capitonnée par quelques points séparés au catgut. Fermeture sans drainage. Guérison sans incident.

III. KYSTES HYDATIQUES DU MEMBRE SUPERIEUR.

Kyste hydatique du deltoïde.

Docteur Teytaud, Hôpital Civil de Constantine.

T. F., Opération n° 212, année 1937.

Excision d'un losange de peau. Libération de la tumeur qui englobe uniquement le deltoïde. Ponction. Evacuation d'environ 200 cm^3 de liquide eau de roche. Ablation de la membrane-mère. Formolage. Ether. Résection d'une partie de la périkystique. Suture totale sur un petit drain sous-cutané. Anesthésie générale au Balsoforme.

Kyste hydatique du biceps du bras droit.

Médecin-Capitaine Munaret, Sétif. (Publié dans le *Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française* d'avril 1938, p. 125.)

M. O., femme indigène. Observation n° 2.205.

Tumeur dure et du volume d'une tête de fœtus de la face antérieure du bras droit, évoluant depuis vingt ans. Pas de troubles moteurs et sensitifs du bras et de l'avant-bras.

Intervention le 31 décembre 1936. Opération n° 341.

Anesthésie générale à l'éther. Incision suivant le grand axe de la tumeur parallèle à celui du bras. Il s'agit d'un kyste hydatique développé dans le biceps qui fait corps avec lui. Drain de 90 perforé dans la cavité kystique. Fermeture partielle aux crins de Florence. Guérison.

Kyste hydatique primitif du muscle biceps.

R. Naveiro. (*Anales del Instituto Modelo de Clinica Medica, Buenos-Aires*, tome 17, numéro unique, 1936, pages 344-356. - In *Journal de Chirurgie*, septembre 1938, p. 420.)

Il s'agit d'un malade de 29 ans, qui dès 1935, commence à ressentir des douleurs au niveau du muscle biceps droit. En février 1936, on perçoit à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du bras, une tuméfaction dure, indolente, située profondément, se fixant par la contraction du muscle biceps. On fait une réaction de Imaz-Lorenz qui est positive. Intradermo-réaction de Casoni franchement positive. Une exploration complète du corps au point de vue clinique et radiologique ne permet pas de déceler l'existence d'autres kystes. Sous anesthésie locale, on enlève facilement la petite tumeur en dissociant les fibres musculaires. Période post-opératoire normale. Six mois après, les réactions biologiques étaient toujours négatives.

Kyste hydatique du biceps brachial droit.

J. A. Caeiro & E. Caldos. (*Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*, tome 20, n° 26, 30 septembre 1936, p. 968-977. - In *Journal de Chirurgie*, juillet 1937, pages 64-65.)

Homme de 30 ans. - Tuméfaction au niveau du biceps brachial droit ; la tumeur est dure, indolente ; elle ne se modifie pas à la contraction du muscle; 2 % d'éosinophiles. Réaction de Casoni positive; diagnostic : kyste hydatique. Sous anesthésie locale, résection en bloc de la tumeur que l'on arrive à séparer des fibres musculaires du biceps. Suture, petit drainage, guérison.

IV. KYSTES HYDATIQUES DE LA PAROI THORACIQUE.

Kystes hydatiques du muscle pectoral.

Médecin-Capitaine MUNARET, Chirurgien à l'Hôpital Militaire de Sétif. *(Observation inédite.)*

Il s'agit d'une femme indigène, que nous avons opérée en 1935 à l'infirmerie-hôpital de Khenchela. Tumeur du volume d'une tête de fœtus, située dans le grand pectoral du côté gauche. Incision oblique suivant les fibres musculaires. Ouverture du kyste, qui était univésiculaire à contenu eau de roche. Extirpation de la membrane proligère. Formolage. Capitonnage au catgut, fermeture sans drainage. Anesthésie générale à l'éther. Guérison *per primam*, sans incident.

Kystes multiples de l'abdomen et du poumon.

Docteur GUEDJ, chirurgien adjoint à l'Hôpital Civil de Constantine.

Opération n° 57, 24 avril 1935.

Femme de 20 ans, présentant des kystes multiples de l'abdomen et du poumon. A l'anesthésie locale, incision sous-mammaire. Ponction, ablation de la membrane-mère et du kyste en totalité, très adhérent au pectoral dont on enlève quelques fibres. Suture totale sur drain, après capitonnage.

Kyste hydatique du muscle intercostal.

Docteur Oulié, chirurgien-chef de l'Hôpital civil de Constantine.

B. H., 28 ans, entrée le 13 avril, opérée le 14 avril 1938.

Il s'agit d'un kyste hydatique intercostal, situé sur la ligne axillaire, 8e et 9e côtes, du volume d'un œuf. Incision parallèle à la côte, longue de six centimètres. Sous les muscles superficiels de la paroi, on trouve le kyste que l'on énuclée en bloc de sa périkystique. Celle-ci s'est fait un lit dans l'espace intercostal élargi, entre la plèvre pariétale intacte, les côtes et le plan superficiel. Il est développé dans le muscle intercostal. Capitonnage, suture totale. Anesthésie locale.

V. KYSTES HYDATIQUES DE LA PAROI ABDOMINALE.

Kyste hydatique développé dans le plan petit-oblique transverse.

Docteur Oulié.

B. H., 35 ans, entrée le 21 novembre 1928, opérée le 27 novembre 1928.

Il s'agit d'un petit kyste hydatique multivésiculaire développé dans le plan petit oblique-transverse du flanc droit. La partie superficielle affleure le grand oblique et la partie profonde s'étend jusqu'au péritoine, dont il est séparé par

le *fascia transversalis intact*. Evacuation,formolage, résection partielle de la périkystique. Capitonnage. Suture totale. Anesthésie générale à l'éther.

Kyste hydatique du transverse.

Docteur Oulié.

S. S., 20 ans, entré le 8 juillet, opéré le 15 juillet 1927.

Kyste hydatique de la paroi antérieure de la fosse iliaque droite, gros comme un poing d'adulte. Incision successivement du grand oblique, du petit oblique et du transverse. Dans ses fibres profondes, se trouve la périkystique. Evacuation. Formolage.

Le liquide contenu est jaune. On évacue une grosse vésicule et une douzaine de petites. Assèchement. Réduction sans drainage. Par une contre-incision, dans la paroi musculaire, à la limite supérieure du kyste on ouvre la cavité péritonéale pour juger des connexions du kyste avec la cavité péritonéale. On constate qu'il n'existe aucune adhérence entre le péritoine pariétal et la face profonde du kyste. Reconstitution de la paroi. Suture complète. Anesthésie générale à l'éther.

Kyste hydatique du grand droit.

Docteur Teytaud, Hôpital Civil de Constantine.

T. D., 30 ans. Opération le 25 août 1926.

Il s'agit d'un kyste hydatique du grand droit du côté gauche. Le kyste est uniquement pariétal.

Kyste des plans sous-jacents.

Docteur Guedj.

H. M., 35 ans. Entré le 20 septembre 1937 à l'Hôpital Civil de Constantine. Opération n° 421 pratiquée le 23 septembre 1937.

Cliniquement, le kyste se présente comme une tumeur dure, peu mobile, semblant adhérente aux plans sous-jacents. Anesthésie générale au Balsoforme. Incision médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture, le kyste est crevé et laisse échapper un demi-litre de liquide hydatique et de nombreuses vésicules-filles. Kystectomie. Le péritoine est ouvert à cause des nombreuses adhérences qui l'unissent à la paroi du kyste. Réfection de la paroi en trois plans.

Kyste de la paroi abdominale antérieure.

Médecin-Capitaine Munaret, chirurgien à l'Hôpital Militaire de Sétif. Observation n° 518, publiée dans le « Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française » du 7 avril 1938, p. 125.

K. N., femme indigène.

Au niveau de la paroi abdominale antérieure, à droite de l'ombilic, présence de deux masses du volume d'une orange, subissant depuis deux ans un accroissement de volume progressif. Foie, petit bassin, annexes : rien d'anormal à signaler.

Intervention le 18 mars 1936. Opération n° 80. Anesthésie générale à l'éther. Incision des deux masses. On tombe sur deux kystes hydatiques pleins de vésicules-filles, à co-

ques calcifiées. Résection d'une partie de la capsule. Drainage de chaque cavité. Fermeture partielle aux crins de Florence. Guérison.

VI. KYSTE HYDATIQUE DE LA NUQUE.

Hydatidose musculaire.

R. Delgado et R. Remunan.

(Revista Medica del Rosario an. 25, n° 1, janvier 1935, p. 51-55. - In *Journal de Chirurgie* de Mars 1936, p. 446).

Cette localisation est, comme on le sait, très rare et les auteurs pensent qu'il s'agit d'hydatidose primitive. Un homme de 27 ans avait remarqué depuis deux ans une petite tumeur du côté droit de la nuque sans aucun trouble. Augmentation progressive de volume jusqu'à la taille d'une grosse noix.

A l'examen, elle se montre de forme ovoïde, de consistance élastique, adhérente au plan musculaire du trapèze, mais non à la peau, et complètement indolore. Les examens hématologiques ne montrent pas d'éosinophilie et la réaction de Casoni est négative.

L'opération consiste en l'ouverture de la poche qui était adhérente aux tissus voisins, et qu'on se contenta de vider de son contenu liquide, membrane germinative et vésicules-filles. Guérison.

VII. KYSTE HYDATIQUE DE LA REGION SUS-EPINEUSE (muscle trapèze).

Complications sur un cas de kyste hydatique musculaire.

C. Eftimie et St-Martin. (Piatra, Roumanie). [*Miscarea medicala Romana*, t. x, n° 3-4 mars-avril 1937, p. 306-308. - In *Journal de Chirurgie* de Mars 1938, p. 409].

Il s'agit d'un malade de 42 ans qui, depuis l'âge de 7 ans, présentait une petite tumeur de la région sus-épineuse droite qui a grossi peu à peu, sans provoquer aucune gêne. Elle présente actuellement les dimensions d'une tête d'enfant. Elle est indolore, fluctuante et mobile, mais s'immobilise par la contraction musculaire.

Pensant à un abcès froid, on la ponctionne, mais on en retire un liquide eau de roche. La réaction de Weinberg-Parvu est positive. Intervention ; après formolisation, ablation en totalité du kyste qui n'est pas adhérent et est développé dans l'épaisseur du trapèze. Suture sans drainage, guérison.

VIII. KYSTE HYDATIQUE PARAVERTEBRAL.

Kyste hydatique de la face postérieure du cou.

Docteur Oulié, Chirurgien-chef de l'Hôpital Civil de Constantine.

H. Y., 14 ans. Entrée le 13 mai 1938 pour tumeur de la face postérieure du cou. Tumeur du volume de deux poings,

s'étendant de l'occipital à la racine du cou ; tumeur mate et fluctuante. Colonne vertébrale souple.

Une radiographie montre l'intégrité des vertèbres. Casoni négatif. Une ponction exploratrice est pratiquée. Liquide clair, eau de roche. On l'envoie au laboratoire pour le diagnostic différentiel entre méningocèle et kyste hydatique. Résultat de l'examen : liquide fortement albumineux ; pas d'éléments cellulaires ; pas de crochets. On pose le diagnostic de kyste hydatique.

Intervention le 31 mai. Incision médiane des plans cutanés et musculaires. Le kyste est profond, développé entre les muscles postérieurs paravertébraux, entre la couche moyenne et la couche profonde. Evacuation. Formolage. Ethérisation. Il s'agit d'un kyste univésiculaire. Suture totale en trois plans. Anesthésie locale.

IX. KYSTE HYDATIQUE DE LA REGION LOMBAIRE.

Kyste hydatique de la région lombaire gauche.

J.-A. Caeiro & E. Caldos. (*Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Aires*, t. xx, n° 26, 30 septembre 1936, p. 968-977. - In *Journal de Chirurgie* de juillet 1937, p. 64-65).

Homme de 49 ans ; tuméfaction douloureuse dans la région lombaire gauche ; frémissement à ce niveau ; éosinophilie : 3 %. Intradermo-réaction de Casoni positive. Sous anesthésie locale, extirpation en totalité du kyste avec les fibres musculaires qui lui sont adhérentes. Hémostase ; formolisation de la cavité ; drainage ; guérison.

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire.

Docteur Engel, Hôpital Civil de Constantine.

M. M., 20 ans. Entré le 19 juillet 1932, opéré le 23 juillet 1932.

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire droite, du volume d'une grosse orange. On l'extirpe en masse après avoir trouvé un plan de clivage musculaire. Suture totale sur un drain. Rachianesthésie.

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire.

Docteur Biancardini, Hôpital Civil de Constantine.

D. M., 40 ans. Opérée le 26 septembre 1934.

On avait pensé à un lipome. En disséquant, dès le début, on ouvre la poche qui laisse sourdre du liquide et des vésicules. Formolage. Un plan de clivage est facilement trouvé et on enlève tout le kyste qui contient de nombreuses vésicules et peu de liquide. Fermeture totale après hémostase soigneuse du muscle. Evipan et éther.

X. KYSTES HYDATIQUES DE LA FESSE.

Kyste hydatique des muscles fessiers.

Docteur Revel, Hôpital Civil de Constantine.

N. B., 33 ans. Entrée le 11 juin 1931, opérée le 16 juin.

Kyste hydatique des muscles fessiers, suppuré, multi-vésiculaire. Ouverture et évacuation. On résèque la moitié de la périkystique. Fermeture partielle sur un drainage. Anesthésie générale à l'éther.

Kyste hydatique de la fesse gauche.

Docteur Teytaud, Hôpital Civil de Constantine.

B. F., 30 ans, opérée le 6 avril 1938.

Il s'agit d'un kyste hydatique de la fesse gauche. Incision. Ponction et évacuation du kyste qui contient environ un litre de liquide clair. Ablation de la membrane-mère. Formolage. Ether. Suture de la périkystique. Crins sur la peau. Anesthésie locale.

XI. KYSTES HYDATIQUES DU PSOAS.

Kyste hydatique de la fosse iliaque droite.

Docteur Oulié, Chirurgien-chef de l'Hôpital Civil de Constantine.

A. b. S., 50 ans, entré le 28 mai 1935.

Cliniquement, il s'agit d'un kyste hydatique de la fosse iliaque droite. Casoni positif. Il se présente comme une tumeur abdominale. Intervention le 6 juin 1935. Incision transversale para-ombilicale. La tumeur, du volume de deux poings, est rétropéritonéale. Ponction : évacuation d'environ 300 grs de liquide eau de roche. Formolage.

Pour ouvrir la périkystique, on traverse le muscle psoas dans lequel le kyste est développé. Ablation de la membrane-mère. Ether. Suture de la périkystique. Suture du psoas et du péritoine. Suture de la paroi abdominale en trois plans sans drainage. Anesthésie générale au Balsoforme.

Kyste hydatique du muscle psoas-iliaque.

J.-A. Caeiro & E. Caldos. (*Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Aires*, t. xx, n° 26, 30 septembre 1936, p. 968-977. - In *Journal de Chirurgie* de juillet 1937, p. 64-65).

Homme de 29 ans ; tuméfaction de l'hypocondre et du flanc gauches ; aucune douleur. La tumeur paraît occuper le pôle inférieur du rein ; elle est arrondie, de surface irrégulière, un peu douloureuse à la pression ; frémissement à la palpation ; foie et rate légèrement hypertrophiés. Réaction de Casoni positive. Les explorations urinaires montrent que le rein gauche fonctionne correctement. Cependant, la pyélographie ascendante montre une hydronéphrose gauche légère avec retard de l'évacuation du bassinet.

Anesthésie locale : lombotomie. Une fois arrivé sur le rein, on se rend compte que son pôle inférieur se continue avec la tumeur sans séparation visible. Cependant, on arrive à trouver un plan de clivage entre les deux, si bien qu'on peut extirper la tuméfaction sans avoir pénétré dans le parenchyme rénal. L'uretère est plus difficile à disséquer. On se rend compte que le kyste siège dans l'épaisseur du muscle psoas-iliaque. Formolisation de la cavité. Drainage, guérison.

XII. KYSTE HYDATIQUE DU TRIANGLE DE SCARPA.

Kyste hydatique de la région inguino-crurale droite.

RABBONI (Palerme). (*Rinascenza Medica*, an. 14, n° 4, 28 février 1937, p. 119-120. - In *Journal de Chirurgie* d'octobre 1937, p. 591).

Une femme de 50 ans présente dans la région inguino-crurale droite une tuméfaction qui s'est développée en peu de temps et atteint les dimensions d'une orange.

La réaction de Casoni est positive et la ponction exploratrice donne issue à un liquide clair. On extirpe avec beaucoup de difficultés un kyste hydatique multiloculaire très adhérent au périoste de la ligne âpre du fémur, au-dessous du col.

XIII. KYSTES HYDATIQUES DU MEMBRE INFERIEUR.

Kyste hydatique de la loge des adducteurs de la cuisse droite.

Médecin-Capitaine MUNARET. Sétif - in *Bulletin Société de Médecine Militaire Française* du 7-4-1938.

Observation n° 597.

B. D., femme indigène. Tumeur volumineuse de la face interne de la cuisse droite évoluant depuis 15 ans.

Intervention le 27 mars 1938. Opération n° 88. Anesthésie générale à l'éther. Incision de 15 centimètres sur la tumeur. Kyste à contenu liquidien eau de roche. Extraction de la membrane proligère. Formolage. Résection partielle de

la capsule. Capitonnage par points séparés au catgut. Fermeture de la peau aux crins de Florence sans drainage. Guérison.

Kyste hydatique du quadriceps gauche.

Médecin-Capitaine Munaret, Chirurgien de l'Hôpital Militaire de Sétif. (Observation publiée dans le *Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française* du 7 avril 1938, p. 125).

Observation n° 1.444.

D. R., femme indigène. Volumineuse tumeur de la face antérieure de la cuisse gauche, du volume d'un petit ballon. Consistance fluctuante. Température locale peu augmentée. Pas de ganglions. La radiographie avait montré que la tumeur était indépendante du squelette. Intervention le 6 octobre 1937. Opération n° 308.

Il s'agit d'un volumineux kyste hydatique du quadriceps du volume d'une tête de fœtus. Nombreuses vésicules-filles dont les unes sont remplies de liquide clair, les autres de liquide hydatique infecté. Marsupialisation, trois drains. Guérison.

Kyste hydatique de la face antérieure de la cuisse.

Docteur Oulié, Chirurgien-chef de l'Hôpital Civil de Constantine.

M. Z., entrée le 19 mai 1928, opérée le 12 juin.

Kyste hydatique de la face antérieure de la cuisse, déjà ponctionné en médecine dans un but diagnostic. La peau et l'aponévrose sont incisées ; le kyste est situé dans la masse du quadriceps. Ponction, évacuation, (liquide eau de roche), formolage. Ouverture de la poche. Ablation de la membrane-mère. Suture totale. Anesthésie générale à l'éther.

Bibliographie

A

ABEILLE. — Kyste hydatique sous le vaste externe crural. *Gazette Médicale de Paris*, 1872, t. XXVII, p. 120.

AMATO. — Due casi di cisti da echinicocco nei muscoli. *Arch. inter. de médec. de Naples*, 1896, p. 212-215.

AUDIAT. — Kystes hydatiques des muscles. *Thèse*, Paris, 1887.

B

BARON (A.-G.) & MANZANOS (G.). — Un cas de kyste hydatique du muscle psoas. *Arch. de Medicina, Cirurgia y especialidades*, 15 mai 1935, p. 318-320.

BAYETTA (B.) & RIZZINI (A.). — Sopra un caso di echinococco muscolare. *Gazette degli Ospedali*, 1898 I. p. 33.

BARADULIN. — Sur les kystes hydatiques musculaires.
1° *Wiener Klinish Wochenschriff*, 6 août 1908, n° 32.
2° *Journal de Chirurgie*, 1908, p. 696.

BEAUCHAMP (J.). — Contribution à l'étude du diagnostic des kystes hydatiques musculaires. *Thèse*, Montpellier, 1908-1909.

BEC-TERRASON. — Kyste hydatique des muscles de la paroi abdominale. *Bull. et Mém. de la Société de Médecine de Vaucluse.* Avignon 1912, t. VIII, pages 18-20.

BECKER. — Echinokokken des unterhautzellgewbes und der muskelen. *Beitrage zur Klinishe chirurg.* 1908, t. LVI, p. 171.

BERNASCONI & PIGEON. — Un cas de kyste hydatique du muscle psoas. *Journal d'urologie médical et chirurgical,* t. XXIV, n° 2, août 1927.

BERTELE. — Des kystes hydatiques des muscles de la face. *Thèse,* Lyon, 1896.

BERTIN (Jean). — Kystes hydatiques musculaires. *Marseille médical,* 1916-1917, t. III, p. 842-845.

BOLOGNESI. — Kyste écchinococcique du muscle psoas. *Zentr. für chir.,* 15 juin 1935.

BONNET. — Kystes hydatiques intra-musculaires ; kystes hydatiques du foie et de l'abdomen. *Société de Médecine Militaire Française* du 7 juillet 1938.

BOUQUET (J.). — 3 cas de localisation rare de kyste hydatique (kyste hydatique suppuré du grand droit). *L'Algérie Médicale,* mai 1928, p. 314.

BOUSQUET (H.). — Kyste hydatique du grand adducteur de la cuisse contenant un grand nombre de vésicules libres. *Bull. et Mém. de la Société des Chirurgiens de Paris,* 1911, p. 879-883.

BOURREL RONCIERE. — Kystes hydatiques des muscles. *Thèse,* Paris, 1884.

BOYRON. — Kyste hydatique développé chez l'homme

dans le tissu musculaire et intramusculaire. *Gazette des Hôpitaux*, 1870.

BRIMONT (L.). (Itzer-Maroc). — Kyste hydatique de la face. 1° *Maroc-Médical*, n° 197, novemb. 1938, p. 463-464-, une figure ; 2° *Journal de Chirurgie*, de mai 1939, p. 675.

BRŒR. — Kleine Mitteilungen (Echinococcus muscularis) *Beitrage zür Klin. chirurg.*, 1903, t. XXXVIII, p. 904.

BUZZI & MULCAHY. — Kyste hydatique à localisation sous-cutanée et musculaire. *Revista de cirurgia*, Buenos-Aires, an. IV, n° 2, avril 1925.

C

CAEIRO (A.) & CALDAS. — Kystes hydatiques des muscles biceps brachial, grand dorsal et psoas iliaque. 1° *Boletines y Trabajos de la sociedad de cirurgia de Buenos-Aires*, t. XX, n° 26, 30 septemb. 1936 ; 2° *Journal de Chirurgie* de juillet 1937, p. 64-65.

CAILLEUX. — Kyste hydatique du muscle psoas. *Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 366.

CALANDREAU. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques musculaires. *Thèse*, Bordeaux 1918-1919.

CAPUA. — Su di un cazo di cisticercosi dei muscoli. *Il policlinico sez. prat.*, 8 août 1932, p. 1.240-1.244.

CARMOT. — Revue générale des kystes hydatiques des muscles. *Thèse*, Montpellier, 1903-1904.

CARMONA. — Un cas de kyste hydatique du grand pectoral. *L'osservatore medico*, (Catane), juin 1931.

CHEMLA. — Les kystes hydatiques de la paroi thoracique. *Thèse*, Montpellier, 1908.

CIFONE & SALGADO RUEDA. — Kyste hydatique du diaphragme. *Revista de la asociacion medica argentina* (Buenos-Aires), t. XLIX, n° 362, septembre 1936.

CLEMENS (F.). — Kyste hydatique des fessiers. *Allgemeinen central zeitung*, 1862, t. XXI, p. 249.

COLOMB. — Les kystes hydatiques de la nuque. *Thèse*, Montpellier, 1903-1904.

COLOMBET. — A propos des kystes hydatiques musculaires. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 1924.

— Kystes hydatiques musculaires. *Bulletin Médical*, n° 50, 29 novembre 1924.

COSTA (Louis). — Quités hydaticos (localizacion muscular). *Tesis*, Buenos-Aires, 1900.

COSTANTINI (H.). — Kyste hydatique du quadriceps crural. *Société de Chirurgie d'Alger*, 1928.

COSTANTINI & OULIE. — Contre la décortication des kystes hydatiques. *Presse Médicale* du 24 mars 1937.

COUPRY. — Kystes hydatiques de la région cervicale. *Thèse*, Lyon, 1891-1892.

COURTY & DESREUMAUX. — Kyste hydatique du muscle moyen adducteur. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1er mars 1936.

D

DELGADO & ARROBA. — Kyste hydatique du muscle intercostal externe. *La Medicina Ibera*, n° 962, 18 avril 1936.

DELGADO & REMUNAN. — Hidatosis muscular. 1° *Revue Médicale del Rosario*, 51 à 54, janv. 1935; 2° *Journal de chirurgie* de mars 1936, p. 446.

DEL PINO, VANISSEVICH (I.), FERRARI & SUAREZ. — Kystes hydatiques musculaires. *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Aires*, t. XX, n° 28, 14 octobre 1936.

DEMARQUAY. — Kyste hydatique musculaire pris pour un lipome. *Gazette des Hôpitaux*, t. XL, XLIII, XLV, 1870.

DESJACQUES & MARTINON. — Kyste hydatique du cou. *Lyon Médical*, an. 70, n° 41, 9 octobre 1938.

DEVE. — De l'écchinococcose secondaire. *Thèse*, Paris, 1901.

— Une opération idéale à abandonner : la décortication des kystes hydatiques. *Revue de Chirurgie*, 1926 p. 619.

— L'infiltration écchinococcique extra-osseuse diffuse dans l'écchinococcose osseuse. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*. Séance du 20 juin 1931.

— Sur le siège initial des kystes hydatiques musculaires. *Compte-rendus des séances de la Société de Biologie* de 1936. t. CXXIII. Résumé dans le *Journal de Chirurgie* de juin 1937, p. 879.

— La question de la Kystectomie appliquée aux kystes hydatiques des muscles. Article inédit.

DOR. — Kyste hydatique des muscles fessiers consécutif à la morsure d'un chien. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille*, novembre 1935.

DUCOURNEAU. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques musculaires. *Thèse*, Bordeaux, 1935-36.

DUHAN (Alberto). — Quitès hydaticos de los musculos. *Tésis*, Buenos-Aires, 1913.

DUPUYTREN. — Hydatide musculaire. *Leçons orales*, t. III, p. 358.

E

EFTIMIE (C.) & SAINT-MARTIN (Piatra, Roumanie). Complications sur un cas de kyste hydatique musculaire. 1°) *Miscarea Medicala Romana*, t. X, n° 3-4, mars-avril 1937, p. 306-308.
2°) *Journal de Chirurgie* de mars 1938, p. 409.

F

FERNET. — 1°) Kystes hydatiques des muscles. *Archives générales de Médecine*, 1867, t. IX, p. 631.
2°) *Société anatomique*, 1865.

FOLLIN. — Kyste hydatique dans un muscle. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1852, p. 6.

FOSSARD. — Kyste hydatique intramusculaire. *La presse Médicale*, 1898, t. II, p. 114.

G

GABRIELLE. — Kyste hydatique inclus dans le muscle diaphragme. *Société de Chirurgie de Lyon.* in *Lyon Chirurgical*, t. XXIV, n° 6, 3 août 1927, p. 688.

GAFFE (Cité par Tavel). — Kyste hydatique sous le grand pectoral. *Thèse*, Berlin, 1880.

GOINARD & ROUSSEL. — Kyste hydatique de la fesse. *Société de Chirurgie d'Alger*, 16 novembre 1938.

GOINARD & SALASC. — Sur les kystes hydatiques des muscles volontaires. *Journal de Chirurgie* de septembre 1939, p. 320.

GOOŒDLIN. — Kyste hydatique suppuré de l'avant-bras. Diagnostic difficile. *Clinique Chirurgicale de l'Hôpital de la Charité*, 1873, t. II, p. 558.

GROS. — Kystes hydatiques des muscles. *Thèse*, Paris, 1898.

GUYOT & JEANNENEY. — Les kystes hydatiques du sterno-cléido-mastoïdien. *Congrès Français de Chirurgie*, 1913, t. XXVI, p. 988-993.

GUTIERREZ. — Consideraciones sobre un caso de quiste hidadidico de la region lumbo-iliaca. *Dia Medical*, 3 août 1931.

H

HALL. — Kyste hydatique intermusculaire de la région des lombes. *The Lancet*, 23 juin 1884.

HARDER. — Hydated diocèse of muscles of arms. Londres, 1897, p. 187.

HEYN. — Ein beitrage zür lehre von muskel echinococcus. *Diss*, Berlin, 1894.

HIREZ (Julius). — Ein fall von muskel echinococcus. *Wiener Klin. Woch*, 1911, t. XXIV, p. 1.651.

— Echinococco muscolare. *Gazetta degli Ospedali*, 1912, t. I, p. 153.

J

JAUREGUY (P.) & MONSERRAT (J.-I.). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés. *Annales d'anatomie-pathologique*, avril 1932, t. IX, p. 345-370.

K

KOCH. — Un cas de kyste hydatique du muscle couturier. *Münchener Med. Woch*, 1891, p. 516.

KUSTER (Ernst). — Echinococcus in des Knichen und in oter muskel, *Berlines Klin. Woch*, 1872, t. VII, p. 12.

L

LAGROT (F.). — Kystes hydatiques du premier espace interosseux de la main. *Algérie Médicale*, mai 1928.

LANNELONGUE. — Diagnostic des tumeurs hydatiques des muscles. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1888, p. 124.

LANNEY (P.). — Les kystes hydatiques de la masse musculaire sacro-lombaire. *Thèse*, Bordeaux, 1923.

LASSERRE (Ch.) & LANNEY (P.). — A propos de quelques cas de kystes hydatiques de la masse sacro-lombaire. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1923, t. III, p. 188-203.

LAZARRAGA. — Formes et localisations inhabituelles du kyste hydatique. *Revue Médicale de Malaga*, 12 décembre 1934.

LEBERT (H.). — Des parasites dans les muscles (echinococcus). *Traité d'anatomie-pathologique*, 1861, t. II, p. 574.

LEHNE. — Kystes hydatiques à localisation rare. *Arch. für klin. chir.* t. II, p. 534, 1896.

LEYRO DIAZ. — Kyste hydatique du muscle adducteur. *Semina medica Buenos-Aires*, septembre 1924, tome XXXI, p. 642-645.

LOMBARD (P.). — Ecchinococcose musculaire. *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*. février 1922, p. 58-59.

LORENZO & BOTO. — Kyste hydatique des régions sus-épineuse et sus-claviculaire. *La Prensa medica argentina*, Buenos-Aires, an. 26, n° 18, 3 mai 1939.

LOUBAT & LARTIGAUT. — Kystes hydatiques des muscles du dos. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1913, t. XLIII, p. 609.

LOZANO. — Equinococcis de los musculos. *Pathologia quirurgica*, 1920, t. I, p. 454.

M

MANDILLON (G.) & GOUMAIN (A.). — A propos d'un cas d'écchinococcose primitive des muscles adducteurs de la cuisse. *Bordeaux Chirurgical*, n° 3, juin 1935, p. 225-236.

MARGUET. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques des muscles volontaires. Histoire naturelle et clinique. *Thèse*, Paris, 1888.

MARILL (R.-M.). — Contribution à l'étude de l'écchinococcose de la paroi thoracique (Travail de la clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine d'Alger). *Thèse*, Alger, 1929.

MOGGI. — Kystes hydatiques des muscles intercostaux. 1°) *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1902, p. 190. 2°) In Sénevet & Witas. *Congrès de Chirurgie d'Oran*, 1935, p. 356.

MORARD (G.). — Un cas de kyste hydatique de l'orbite. *Algérie Médicale*, août 1935, p. 672.

MORELLI. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques paravertébraux. *Thèse*, Montpellier, 1926.

MTRARELIDZE. — Echinococcus of muscles case. *Vrach* Dielo, 12-15 avril 1929, p. 480-491.

MUNARET (J.). — Revue générale des kystes hydatiques des ligaments larges. *Thèse*, Alger, 1931.

— Kystes hydatiques musculaires. *Bulletins de la Société de Médecine Militaire Française*, avril 1938, p. 125.

N

NAVEIRO. — Kyste hydatique primitif du muscle biceps. 1°) *Anales del Institulo modelo de clinica medica* (Buenos-Aires) t. XVII, n° unique, 1936, p. 344-356. 2°) *Journal de Chirurgie* de septembre 1938, p. 420.

NEE & DEVE. — Kyste hydatique musculaire de la masse sacro-lombaire ou abcès ossifluent hydatique à point de départ vertébral. *La Normandie Médicale*, Rouen-Beauvais, an. 47, n° 7, juillet-août 1936.

NELATON. — 1°) Kyste hydatique sous le grand pectoral. *Gazette des Hôpitaux*, 1851, p. 349.
2°) Kyste hydatique de la région lombaire. Diagnostic à l'aide du frémissement hydatique, confirmé par le résultat de l'opération. *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 153.

NICOLAU. — Kystes hydatiques musculaires de la paroi antérieure de l'abdomen. *Romania medicala*, Roumanie (Bucarest) An. 14, n° 19, 1er octobre 1936.

O

OMBREDANNE. — Article sur les kystes hydatiques musculaires, in *Traité de chirurgie* de Le Dentu & Delbet, dernière édition.

P

PANDOLFINI. — Localisation rare primitive musculaire d'un kyste écchinococcique de la paroi de l'abdomen. *La Riforma medica* (Naples), n° 46, 19 nov. 1938.

PAUGAN. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du sterni-cléido-mastoïdien. *Thèse*, Bordeaux, 1914-1915.

PAPIN. — Observation inédite de kyste hydatique des muscles pectoraux.

PERAIRE. — Un cas de kyste hydatique du biceps. *Bull. et Mém. de la Société Anatomique de Paris*, 1912, t. XIV, p. 135-136.

PEREZ-FONTANA. — Les kystes hydatiques du cou. *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo.* t. XXI, n^{os} 4, 5, 6 et 7, 1936.

PHEULPIN. — Kyste hydatique du grand pectoral droit. *Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirurgie*, 8 décembre 1928, p. 1.306-1.308.

PICCARDI. — Sur un cas d'écchinococcose des muscles de la région lombaire. Analyse in *Journal de Chirurgie* de février 1935.

PINATELLO & LERICHE. — Cas de kystes hydatiques des muscles ptérygoïdiens. *Archives Générales de Médecine*, 1904, t. II, p. 2.265.

PLUYETTE. — Kyste hydatique du muscle triceps. *Soc. Médico-chirurgicale de la 15^{e} Région*, 5 octob. 1916.

POTHERAT. — Kyste hydatique de la fesse. *Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris*, 1905, p. 1.087.

POULLET. — Kyste hydatique des muscles dorsaux. *Mém. et comptes-rendus de la Société de Médecine de Lyon*, 1868, p. 22.

R

RABBONI. — Kystes écchinococcique du triangle de Scarpa. 1°) *Rinascenza Medica.* Naples, An. 14. n° 4, 28 février 1937.

2°) *Journal de Chirurgie* d'octobre 1937, p. 591-592

REBOUL. — Sur quelques cas de kystes hydatiques des muscles. *Association Française de Chirurgie,* Paris, 1895.

RECLUS, DESPRES, LANNELONGUE & LE DENTU. — Kystes hydatiques des muscles. *La Semaine Médicale,* 1888, p. 52.

RICHE, GINESTIE & AUSSILLOUX. — Volumineux kyste hydatique de la fesse en suppuration aseptique. *Arch. de la Soc. des Sciences médicales de Montpellier.* An. 18, n°7, juillet 1937.

ROCHE. — Kystes hydatiques musculaires. *Marseille Médical,* 1898, p. 705-709.

ROCHET. — Kystes hydatiques des muscles des membres. *Province Médicale,* 7 juillet 1888.

RODRIGUEZ-VILLEGAS. — 69 cas de kystes hydatiques des muscles. *Revista de Cirurgia,* octobre 1925 n° 5.

ROSENTHAL. — Uber den echinococcus der muskel. *Inaug. Diss. Berlin,* 1888.

ROSS. — 21 cas de kystes hydatiques : 13 du foie, 3 du poumon, 2 des muscles. *Austral. Med. Gaz.,* 15 juil. 1894.

RUBINO (Francesco). — Sulle cisti da echinococco dei muscolistriati. *Tesis de Laurea.* Torino, 1914, p. 19.

RUDENKO. — Un cas d'écchinocoque musculaire. *Westnik Chirourgun,* 1934, p. 103-104.

S

SANNE & FERNET. — Histoire des kystes hydatiques musculaires. *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* 1865, p. 766.

SCHELLE (E.). — Uber den Muskelo echinococcus. *Inaug. Diss. Berlin,* 1896.

SOLIERI. — Contribution au diagnostic de l'écchinococcose musculaire. *Archivio, internat. di Mer. e Cirrugia,* XIV^e^ Année, fascicule 1.

SOLE (R.), DONOVAN & PASTORIZA. — Hidatosis primitiva de musculos. *Revue de Chirurgie,* 9 mai 1930, p. 225-230.

SOULIE. — Kyste hydatique intramusculaire. *Presse Médicale,* 1905, p. 141.

STEINBRUCK. — Ein Beitrage zür Lehre von Muskeln echinococcus. *Diss. Berlin,* 1880.

T

TAGLIAVACHE (N.). — Kystes hydatiques des muscles. x^e^. *La prensa medica argentina,* Buenos-Aires, 1926, p. 711-718.

— Observation d'un kyste latéro-dorsal. *Journal de Chirurgie* de 1926, p. 598.

TAVEL. — Uber den muskeln echinococcus. *Inaug. Diss. Berlin,* 1880.

TEDENAT. — Kyste hydatique de la masse commune. *Montpellier Médical,* 1892, n° 1, et 1891, t. II, n° 2.

THOMAS (J.-D.). — Kystes hydatiques musculaires du cou. *Austral. Méd. Journal.* 1882, p. 108-117.

TILLAUX. — 1° Kyste hydatique musculaire du cou. *Traité de Chirurgie clinique,* 1887, t. I, p. 472.
2° Ciste hydatique dei muscali. *La Riforma medica,* 1900, t. I, p. 607.

TILLIER, LE GENISSEL & GOINARD. — Etude radiologique de l'hydatidose. *Journal de radiologie et d'électro-radiologie,* t. XX, n° 5, mai 1935, p. 273-320.

TOOLE (H.). — Kyste hydatique du muscle fessier, consécutif à la morsure d'un chien. *Archiv. für Klin. chir. Athènes,* t. CLXXXIV, fascicule 1, novembre 1935.

— Nouveaux éléments statistiques sur l'écchinococcose en Grèce. 1° *Bulletins de la Société Hellénique de chirurgie,* t. X, séance du 23 février 1937, p. 16-28.
2° *Journal de chirurgie* de juillet 1938, p. 61-62.

— Résultats du traitement chirurgical de l'écchinococcose de 1930 à 1938.
1° *Der Chirurg.* An. X, n° 21, 1er novembre 1938, p. 772-776.
2° *Journal de Chirurgie* de juillet 1939, p. 76-77.

V

VALLEGIO. — Cisti de echinococco nei muscoli. *Gazetta del Milano,* 1896.

VERDUN. — Ecchinococcose secondaire des muscles. *Précis de parasitologie humaine.*

VERNET. — Un cas de kyste hydatique des adducteurs *Marseille Médical*, 1901.

VIGNARDOU (M.). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés.

1° *Thèse*, Alger, 1936.

2° *Journal de Chirurgie* de mars 1937, p. 392-393.

VILLARD. — Kystes hydatiques de la région sacro-lombaire. *Thèse*, Paris, 1890-1891.

VINCENT. — Kyste hydatique du trapèze.

1°) *Bulletin Médical de l'Algérie*, 1902.

2°) In Sénevet et Witas, p. 356.

3°) Avec Lièvre : *Société Anatomique*, juin 1903, p. 533.

TABLE DES MATIERES

PAGES

Historique 19

Etiologie-Pathogénie 21

Anatomie Pathologique 27

Symptomatologie 37

Formes cliniques 41

Diagnostic 53

Pronostic 59

Traitement 61

Conclusions 67

Observations 71

Bibliographie 101

VU :

Le Président de Thèse, — *Le Doyen,*

COSTANTINI. — GILLOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Alger, le 15 Janvier 1941.

Le Recteur,

HARDY.

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet - ALGER Nord-Africaine